Eina kartą per mėnesį.

1924 m.

V METAI.

Nr. 8-9

Rugpiūtis-Rugsėjis mėn.

Nr. 8-9

MEDICINA

LAIKRAŠTIS, SKIRIAMAS MEDICINOS TEORIJOS IR
:-: PRAKTIKOS REIKALAMS. :-:

TURINYS:

Prof. V. Lašas ir Dr. V. Lazersonas. Regėjimo jutimų latentinio laiko eksperimentiški tyrinėjimai 561
Dr. S. Laurinavičius. Du plaučių vėžio atsitikimai 580
Prof. Boiťas. Apie ekstrapleuralę torakoplastiką vienos pusės plaučių tuberkuliozei gydyti 595
Dr. Vl. Kuzma. Apie tuberkuliozinės pleuros empyemos gydymą . 606
Dr. P. Kalvaitytė. Chroniška plaučių tuberkuliozė rentgenogramose (demonstracija) ir jos rentgenoterapijos perspektyvos . . 613
Prof. Boiťas. Apie prostatos hipertrofiją 618
Dr. B. Zacharinas. Del stemplės nudegimų ir jų gydymo būdų . 631
Dr. V. A. Gusevas. Keletas buvusio karo patyrimais paremtų minčių apie amputaciją pagal Pirogov'o 636
Dr. J. Ciplijauskas. Laceratio vaginae sub coitu 640
B. K. Vencius. Apie pyorrheą ir alveoliarinius abscesus . . . 642
Referatai. (Patologija, vaikų ligos, vid. ligos, chirurgija, rentgenologija, bakteriologija, akuš. ir ginekol., urologija, nervų ir psich. ligos, akių ligos, odos ir veneros ligos, odontologija) . . 644
Prof. Lašas. Tarptautinės S-gos kovai su tuberkulioze IV-oji Konf. 665
Prof. P. Avižonis. Raudonojo Kryž. Lig. Akių skyr. 1923 m. apyskaita 676
Iš L. Univ-to Medicinos Fakulteto:
  Farmacijos kurso programa 682
  Farmakognozijos kurso programa 687
Karinės prievolės įstatymo priedas:
  Ligų ir kūno trūkumų sąrašas 611
Iš medicinos draugijų gyvenimo:
  I. Kauno Med. Dr-jos visuot. 1924. VI. 20 d. susirinkimas . 706
  II. Kauno Med. Dr-jos visuot. 1924. VII. 4 d. susirinkimas . 709
3-sis L. Gydytojų Suvažiavimas 712
Bibliografija 711. *Kronika* 714. *Klaidų atitaisymai* 722. *Aukos* . 722

LEIDŽIA: Gydytojų sekcija prie Lietuvių Mokslo Draugijos ir Kauno Medicinos Dr-ja.

Redaktorius
D-ras J. Staugaitis.

:-: Redakcijos ir Administracijos adresas: KAUNO LIGONINĖ, KAUNE. :-:

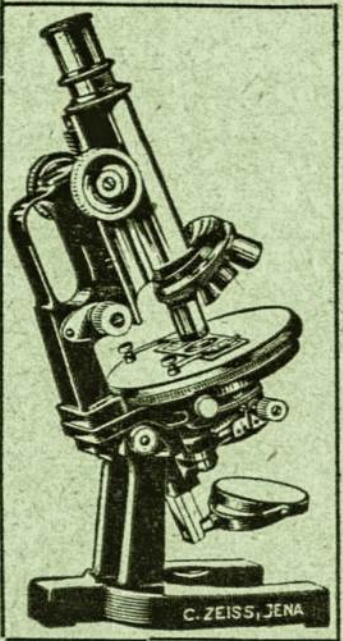
SKELBIMŲ KAINA:
40—50 litų už puslapį.

PRENUMERATOS KAINA:
metams 40 litų, pusei m. 20 litų.

Šio numerio kaina 10 Lit.

J. DIMENTŠTEINAS

Chirurginių ir veter. instrumentų special. sandėlis.



◆

Pilnas chirurginių kabinetų įrengimas. — C. Zeiss'o ir E. Busch'o firmų mikroskopai suimersija.— Akiniai ir pensne sulig gydytojų receptais.—Stiklai „Zeiss - Punktal" akiniams — Reikmens rentgeno fotografijai ir mėgėjams.

◆

KAUNAS,
Laisvės Alėja Nr. 49-a

Sapientis
Arma Medicis
INSTRUMENTA THAMM.

Nuo 1857 metų

mes žinomi pristatytojai valdžios įstaigoms, gydymo įstaigoms ir ligoninėms.

Mūsų specialybė:

Instrumentai
Operaciniai baldai
Laboratorijos reikmenys.

J. THAMM Akt. Ges.

Berlin N. W. 6, Karlstr. 14.

Iliustruotas katalogas pareikalavus.

MEDICINA

laikraštis, skiriamas medicinos teorijos ir praktikos reikalams.

V met. | 1924 m. Rugpiūč.-Rugsėjo mėn. | Nr. 8-9

Prof. V. Lašas ir D-ras V. Lazersonas.

Regėjimo jutimų latentinio laiko eksperimentiški tyrinėjimai.

I.

Studijuojant paprasčiausių psichinių procesų, ypač paprasčiausių regėjimo jaudiklių, reakcijos laiką, eilėje bandymų mūsų ypatingą dėmesį atkreipė optiškojo ženklo šviesos intensyvumo įtaka reakcijų laikui. Reakciški bandymai buvo daromi tuo būdu, kad bandomasis reaguodavo į šviesos ar garso jutimą mygtuko, vadinamo reakciniu rakteliu, paspaudimu. Ženklo davimo momentas ir reagavimo momentas registruodavosi chronoskopu, kuris paleidžiamas ir sustabdomas, paleidžiant ir nutraukiant elektros srovę Elektros srovės paleidimas įvyksta automatiškai tuo pačiu momentu, kada duodamas jaudinamasis ženklas, srovė nutrūksta tuo momentu, kada reaguojama.

Taip darant, kartais galima ne tik reakcijos laikas apskaityti, bet ir tirti, nuo ko reakcijos laiko įvairumas pareina. Kartais, veikiant vienodais jaudikliais, mes gauname įvairių asmenų įvairų reakcijos laiką.

G. Berger'is jau 1886 m. imasi šį klausimą eksperimentiškai tyrinėti. Berger'į, taip ir tuos tyrinėtojus, kurie remiasi Berger'io darbais, daugiau interesuoja reakcijos laiko priklausomybė nuo optiškojo ženklo (jaudiklio) šviesos intensyvumo.

Turint arčiau reikalo su reakcijos laiku, reikia pripažinti, kad jis yra sudėtinis ir kad į jo sudėtį įeina mažiausiai šie trys pagrindiniai psicho-fiziologiniai momentai:

1) paveikimas į periferijos organą, įcentrinis takas ir percepsijos (įėjimo į sąmonę) laikas;

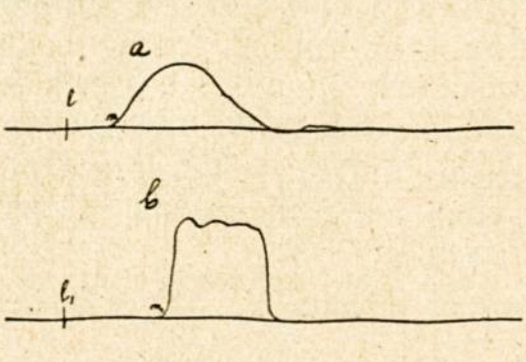
2) centrinis procesas, kuris nesiduoda tiksliai analizei ir kuris susidaro iš apercepcijos (duoto ženklo pažinimo) ir valios impulso atlikti (sutartą) reakciją, ir

3) išcentrinis procesas iki raumens susitraukimo.

Pabrėždami šiuos tris momentus, kurie įeina į reakcijos laiko sudėtį, mes tuo pačiu dar nelaikome visas reakcijos laiko sudėtines dalis išsemtomis, — mums čia ne tas ir rūpėjo. Mums čia svarbu buvo pabrėžti tiktai pagrindiniai reakcijos tako etapai.

Kalbant apie ilgesnį ar trumpesnį reakcijos laiką arba sąryšyje su šiuo suskirstant Lange pasiūlymu žmogaus reakcijas į motorinio ir sensorinio tipo reakcijas, svarbu pirmų pirmiausia išaiškinti, kokiuose, būtent, etapuose įvyksta reakcijos laiko sutrukdymas arba sutrumpinimas. Taip statant klausimą, tuojau kyla reikalas reakcijos laiką suskaidyti į jos sudėtines dalis, nors bendrais ruožais.

Besivaduojant mūsų Universiteto Psichol. laboratorijos bandymų kai kuriais daviniais, kurie yra prof. Vabalo-Gudaičio gauti, jau turime nurodymų, kad įvairių individuumų reakcijos laiko antrojo (centrinio proceso) ir trečiojo (išcentrinis procesas iki raumens susitraukimo) momentų trukimas yra labai įvairus. Tačiau šių dviejų momentų trukimas tiksliai bus galima nustatyti tik tada, kai pasiseks nustatyti laikas, kuris reikalingas pirmajam reakcijos etapui, būtent, paveikti į periferijos organą ir įcentriniam takui su percepcija. Šis laikas, vadinamas jutimo laikas (Empfindungszeit), kai kurių, pavyzdžiui, F. Froehlich'o sulyginamas su raumens susitraukimo latentiniu laiku ir randama tame analogijos. Tuo tarpu sakyti, kad jutimo laikui atatinka raumens susitraukimo latentinis laikas, toli gražu nėra galima. Mes esame linkę pripažinti, kad raumens susitraukimo fiziologinis latentinis laikas daugiau atatinka psichologiniam reakcijos laikui, kuris taipgi yra ne kas kita, kaip reakcija į tam tikrą sujaudinimą, tiktai su tuo skirtumu, kad raumens susitraukimo latentiniame laike nesti centrinių momentų, tai yra periferinė daugiau elementarinio tipo reakcija. Jutimo laikas, kuris sudaro tiktai dalį reakcijos laiko, neatatiks raumens susitraukimo latentiniam laikui. Jutimo laikas neturi savyje reakcijos išlydžio elementų, bet yra tiktai sujaudinimo akcijos uždegimo išreiškėjas. Šį jutimo laiką mes siūlytume vadinti jutimo latentiniu laiku. Jei grafiškai išreikšti kreivąja *a* raumens susitraukimo procesas ir jo latentinis laikas, kreivąja gi *b* piršto paspaudimo reakcija į sujaudinimą (žiūr. pieš. Nr. 1) l ir l_1 — jaudinimo momentai, m ir m_1 — raumens susitraukimų pradžia, iš abiejų kreivųjų sulyginimo aiškėja, kad kreivojoj *b* grafiškai išreikštas laikas tarp sujaudinimo momento l_1 ir kreivosios pakilimo pradžios m_1, kuri išreiškia rankos raumenų susitraukimą, atatinka visam reakcijos laikui. Mes žinome, kad jutimo laikas arba, kaip mes vadiname, slaptasai jutimo laikas sudaro tiktai dalį viso reakcijos laiko, todel raumens susitraukimo latentinis laikas negali atatikti tiktai vienam latentiniam jutimo laikui.



Pieš. Nr 1

Regėjimo jutimų latentinio laiko ir jutimo trukimo klausimu vieni pirmųjų užsiiminėjo S. Exner'is ir Helmholtz'as.

II.

Šioje srityje Ienos fiziko C. Pulfrich'o mokslo darbai, kurie pasirodė 1922 ir 1923 m. bėgyje, yra pašvęsti regėjimo jutimų slapto laiko tyrinėjimams. Pulfrich'as su šia problema susidūrė pripuolamai ir jo tyrinėjimai buvo daromi šiek tiek kitokioje plokštumoje. Pulfrich'ą daugiausia interesuoja klausimas, kaip patobulinti tikslūs matuojamieji prietaisai; jis yra sukonstruavęs visą eilę labai įdomių aparatų. Jo, pavyzdžiui, stereokomparatoras tai yra stereomikroskopas fotografijos plokštelėms — daiktų nuotraukoms žiūrėti iš dviejų galų tam tikros linijos (Standlinie).

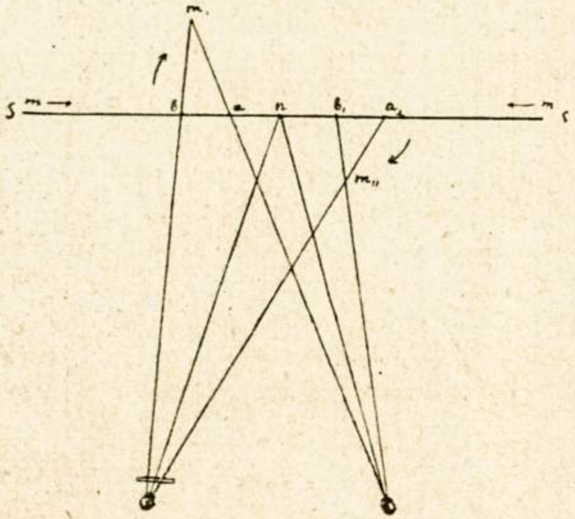
Matavimas atliekamas tuo būdu, kad aparato okuliare įtaisytieji tam tikri ženklai (Marken) judinami ir daro įspudžio, kad jie yra observuojamojo erdvės vaizdo dalis ir, slankiodami jie visame vaizde, duoda galimybės matuotino daikto paviršių kaip ir apčiupinėti. Šiuo aparatu naudojamasi astronomų, topografų, gal tiktų ir rentgenologams. Aparatą patobulinus, buvo padarytas stereoautografas, kuris duoda galimybės visus čiupinėjamo ženklo judėjimus erdvės vaizde, taip pat lygiai ir fiziškai matematines to laiko sąlygas, automatiškai grafiškai užnešti pagalba nepaslankių sustingusių (starr) linuočių ant vadinamo sluogsniuoto paviršiaus. Besidarbuodamas šioje srityje, Pulfrich'as daro pastebėjimų, kurie daug žada ir galės turėti labai didelės reikšmės psicho-fiziologinei optikai. Dar ankščiau Heidelbergo astronomas prof. M. Wolf'as savo 1920 m. pasirodžiusiame darbe apie 1053 žvaigždžių matavimus stereokomparatoro pagalba pranešė apie keistą stereoefektą: žvaigždės vaizdas ant plokštelės, nustatytasai matuoti neva viename tolume su ženklu, esant plokštelių greitiems judėjimams, atrodė esąs prieky arba užpakaly žvaigždės. Panašius pastebėjimus yra padarę ir kiti tyrinėtojai stereoautografo pagalba. Šį reiškinį bestudijuojant buvo surasta, kad pripuolamas dešiniosios ir kairiosios akies šviesos intensyvumo skirtumas, kuris turėjo vietos prof. Wolf'o ir kitų (I. Franke, F. Fertsch) darbo metu, ir yra šio nepaprasto stereoefekto priežastis.

Šis šviesos intensyvumo skirtumas ir nulemia dešiniosios ir kairiosios akies regėjimo jutimo slapto laiko įvairumus. Stereoefektui observuoti Pulfrich'as sukonstruavo specialų demonstracinį aparatą, su kuriuo moduliuotu ir mūsų buvo daryti mėginimai. Šis Pulfrich'o aparato yra svarbiausioji dalis — sukąs ratelis (Scheibe) su eile ženklų—liežuvėlių, kurie žvaigždės pavidalo prie ratelio skritulio pririšti. Besisukant rateliui, jo liežuvėliai praeina pro tokį pat liežuvėlį, kuris vertikaliai pakabintas, nepaslankus ir yra vienoje plokštumoje su ratelio liežuvėliais.

Šis visas prietaisas nesunku projekcijos aparato pagalba demonstruoti ant ekrano dideliam skaičiui žmonių. Observatorius su vienodomis funkcijos atžvilgiu akimis paprastose apystovose nieko ypatingo nemato. Bet jeigu observatorius žiūrės binokuliariai į besisukančius iš kairės į dešinę ratelio liežuvėlius kairiąja akimi pro aprūkytą stiklą, tai matys, kaip liežuvėliai praeina užpakaly vertikalaus nepaslankaus ženklelio. Keičiant liežuvėlių sukimosi linkmę arba žiūrint pro aprūkytą stiklą dešiniąja akimi, besisukantieji liežuvėliai matysis prieky vertikalinio ženklo.

Tas pats demontrancinis aparatas, jei turės ne daug liežuvėlių, bet tik vieną ir šis judės pro vertikalų ženklą tiktai į priekį ir į užpakalį linijiškai, tai gausime sukimosi fenomeną. Liežuvėlis suksis laikrodžio rodyklės linkme, jei prieš kairiąją akį bus aprūkytas stiklas ir atbulai suksis, jei aprūkytas stiklas bus prieš dešiniąją akį. Pulfrich'as naudodavosi, vietoj aprūkytų stiklų, spalviniais stiklais, kurie, sulaikydami baltos šviesos dalį, pakeičia praleidžiamųjų spindulių intensyvumą, ir gaudavęs tokių pat rezultatų.

Šiam reiškiniui išaiškinti pasinaudosime vienu Pulfrich'o piešiniu (žiūr. pieš. Nr. 2).



Pieš. 2.

A_1 ir A_2 — observatoriaus akys, kurios yra nukreiptos į fiksacijos punktą *n*; *m* tai yra judąs į vieną ir antrą pusę ženklas. Kaip visų nervinių sujaudinimų atsitikimais, taip ir čia išeina tam tikras laikas tarp retinos sujaudinimo momento ir šviesos pajautimo. Tuo būdu aišku, kad judantį daiktą mes matome visuomet ne toje vietoje, kame jis objektyviai tuo momentu yra, bet ten, kame jis buvo anksčiau, atskaičius laiko skirtumą tarp sujaudinimo momento ir jutimo momento. Visai aišku, kad judančio taško subjektyviame matymo lauke toks nukrypimas tuo didesnis, juo judėjimo greitumas didesnis. Tuo momentu, reiškia, kada judąs ženklas *m*, ateidamas iš kairės pusės, pereina pro tašką *n*, abi akys, jei jų abiejų skirtumai tarp sujaudinimo momentų yra vienodi, mato ženklą *m* ne taške *n*, bet kur nors kairiau, pavyzdžiui, *a*. Paprastoms sąlygoms esant, mes tokio atsilikimo nejuntame. Jei paimsime dabar tokį atsitikimą, kokis yra parodytas paveiksle Nr. 2, būtent, kada kairioji akis yra užtemdyta aprūkytu stiklu, tada kairiosios akies jutimo latentinis laikas bus ilgesnis, negu dešiniosios, todel kairioji akis ženklą *m* pamatys ne taške *a*, kaip dešinioji akis, bet dar kairiau, būtent, taške *b*. Tuo būdu subjektyviame regėjimo lauke mes gausime vaizdą stereoskopiškai taške m_1, kuris yra šiek tiek į užpakalį nuo taško *n*. — Jei ženklas *m* ateina iš dešinės pusės, tai subjektyviame regėjimo lauke mes turėsime dešiniajai akiai atatinkamą tašką b_1, o kairiajai akiai dar dešiniau nuo taško n_1, būtent, tašką a_1. Stereoskopiškasai vaizdas bus šiuo atsitikimu šiek tiek į priekį nuo taško *n*, būtent, taške *m*„.

Jutimo latentinio laiko skirtumas dėliai šviesos intensyvumo skirtumo nulėmė erdvinį pakitėjimą, kūningą vaizdo recepciją (Koerperliche Wahrnehmung). Esant tam tikram judėjimo iš kairės į dešinę ir atgal greitumui ir pakankamam šviesos intensyvumo skirtumui, gaunamas ženklo sukimosi įspudis.

Išeidamas iš aprašytųjų bandymų ir samprotavimų, Pulfrich'as sukonstruavo eilę labai svarbių mokslo ir pritaikymo atžvilgiu prietaisų. Be to, jis sudarė šioje srityje kai kurias labai svarbias hipotezes. Pulfrich'as savo darbuose nesiinteresuoja absoliučiu regėjimo jutimo slaptuoju laiku, — jam svarbu slaptojo laiko skirtumai, kurie gaunasi dėliai šviesos intensyvumo skirtumų abiejose akyse. Jo metodė galima būtų pavadinti palyginamojo matavimo metode. Pulfrich'as mano, kad šviesos intensyvumo stereoskopiškojo palyginimo metode galima išmatuoti jutimo pasivėlinimas mažesnis, negu 0,001 sekundos.

Iš daugiau primityvių pastebėjimų, kurie lengvai prieinami didesniam skaičiui žmonių ir kurie gali parodyti slaptojo laiko svarbą, galima nurodyti reiškinys, vadinamas šešėlių bėgimas. Jei tamsioje salėje elektros lempos šviesa paleisti ant ekrano, lempa gi iš salės pusės pridengti širma, tai žiūrėtojai, kurie fiksuoja lempą, pastebi, kad tamsa kaip ir bėga nuo šviesos. Toks įspudis susidaro, jei šviesa paleista į apatinį ekrano pakraštį; šiuo atsitikimu šviesos intensyvumas, pradedant iš apačios ir besiartinant į viršų, pamažu mažėja ir atatinkamai šiam eina ir pasivėlinimas jutimo.

Šia slaptojo laiko matavimo metode Pulfrich'as mėgina išspręsti komplikuotą klausimą, kaip sulyginti įvairių spalvų šviesos intensyvumas. Iki šio laiko buvusios heterochrominių šviesos intensyvumų lyginimo metodės jo buvo pripažintos nepatenkinamomis.

Atsirėmęs savo metode, Pulfrich'as duoda šviesos intensyvumo vienodumo apibudinimą arba, tikriau sakant, kriterijų. Jis sako, kad dviejų spalvų šviesos intensyvumai yra tada, kai abiejų šviesų jutimo latentinis laikas yra vienodas; šis vienodumas apibrėžiamas sulig tuo, kad besisukančio ženklo fenomenas, kuris pastebimas nevienodam jutimo laikui esant, išnyksta ir judėjimas vėl pasidaro linijiškas. Matavimo principas, kurį Pulfrich'as padėjo stereofotometrų įvairių konstrukcijų pagrindan, yra tas, kad judančio ženklo nukrypimas nuo nepasslankaus ženklo plokštumos dėliai šviesos intensyvumo įvairumų pasišalina šviesos intensyvumų suvienodinimu. Matavimas atliekamas tuo būdu, kad observatorius laiko prieš vieną akį matuojamą spalvinį stiklą, prieš antrąją akį užtemdytą pleištą, kuris pamažu vertikalioje linkmėje gali būti pakeltas ar nuleistas. Pasižymima toji pleišto vieta, kada besisukančio ženklo fenomenas išnyksta ir pasidaro linijiškas judėjimas. Tokiais ženklais pas Pulfrich'ą būdavo du pieštukai, kurių vienas fiksuotas vertikaliai prie stiklo, antras gi, būdamas vertikaliai po pirmuoju, ranka judinomas horizontalėje plokštumoje į vieną ir į antrą puses. Toks primityvus įtaisymas, tiesa, autoriaus rekomenduojamas tik apytikriems matavimams, turi daug trukumų, todel mes rūpinomės šį būdą pakeisti taip gi nekomplikuotu kitu, kuris duoda daug tikslesnių rezultatų, bet apie tai vėliau.

Šio stereofekto pritaikinimas, jei bus gerai pavartotas, pasirodo, moksliškai pritaikomuoju atžvilgiu gali duoti labai daug naudos. Pavyzdžiui, šiuo principu paremtas rankinis stereofotometras gali turėti reikšmės akių klinikoms; šiuo aparatu oftalmologas gali nustatyti apsaugojamųjų spalvinių stiklų šviesos intensyvumą, palygindamas juos su tamsiais stiklais. Šis palyginamasis matavimas atliekamas tuo pat būdu, kaip ir su anksčiau minėtu stereofotometru. Galima imti, mes savo mėginimuose tuo ir naudojomės, okulistų vartojamus stiklams pririnkti rėmus. Į vieną tokių rėmų gūštą įstatomas mėginamasai stiklas. Šis pastarasis stiklas reikia pririnkti tokio intensyvumo, kad gautųsi ženklo linijiškas judėjimas. Aišku, kad tamsūs stiklai, kurie vartojami palyginimui, turi būti sulig tam tikru principu suklasifikuoti. Observatorius turi turėti vyzdžius vienodo dydžio, be to, jie abu turi vienodai reaguoti į šviesos pakitimus. Klaidoms išvengti Pulfrich'as atatinkamai sukonstruodavo savo daugiau komplikuotus aparatus.

Jo stereofotometrai gali būti panaudoti taip pat ir skysčių šviesos intensyvumui, jų šviesos praleidžiamajai galiai apskaityti.

Ypatingo dėmesio yra užsitarnavę rezultatai, kurie yra Pulfrich'o gauti, dirbant su jo paties sukonstruotu stereospektralfotometru, kuris duoda galimybės, pasinaudojant besisukančio ženklo principu, sulyginti kurios nors spektro spalvos šviesumą su by kokia kita spektro spalva, vis viena, ar tai būtų ši kita iš to paties šviesos šaltinio ar iš kito. Tuo būdu patiekiama visų matomų spektro dalių heterochrominė fotometrija. Taip padaryta žibalinės lempos spektro analizė parodė, kad maksimalus spektro šviesumas yra geltonajame ruože, kad raudonasai (650 mikromilim.) ir žaliasai (540 mikromil.) ruožai turi vienodą šviesumą ir kad, pradedant nuo šių vietų į spektro galus, spektro šviesumas mažėja.

Sąryšyje su šiuo Pulfrich'as nubrėžia žibalinės lempos spektro šviesumų kreivąją. Remiantis šaltinio šviesos įvairių spektro dalių spinduliavimo energijos bolometriškai apskaitytąja kreivąja, iš vienos pusės, ir to pat spektro dalių šviesumų kreivąja, ir antros pusės, Pulfrich'as apskaičiuoja akies šviesos jautrumą, kurio maksimumą jis linkęs matyti arčiau prie spektro mėlynojo galo.

Be šių darbų, pažymėtini yra dar stereospektralfotometriniai tyrinėjimai su spalviniai aklais žmonėmis.

III.

Visi labai brangūs daviniai, kurių galima gausiai pasisemti iš Pulfrich'o darbų, pašvęsti slaptajam laikui tirti, esant įvairiems šviesos intensyvumams, ir niekur pas jį nėra galima surasti metodės, kuri duotų galimybės gauti regėjimo jutimų slaptojo laiko absoliutus skaičius.

Iš naujausių eksperimentiškų tyrinėjimų, kurie turi uždavinio išmatuoti regėjimo jutimų absoliutų slaptąjį laiką, ypatingai svarbūs Bonnos fiziologo F. W. Froehlich'o ir jo mokyklos darbai, pasirodę 1922 ir 1923 metais.

Froehlich'as, išdirbęs metodę jutimų laikui matuoti, darė visą eilę matavimų išaiškinti klausimams, kaip jutimo laikas pareina nuo šviesos intensyvumo, jo trukimo, greitumo ir nuo akies adaptacijos stovio. Froehlich'o darbų metodika savo pagrinduose tokia. Prieš observatoriaus akį 30 snt. atokume horizontalėje linkmėje juda apšviestas optinis plyšys (Spalt) 1 mm. pločio ir 15 mm. aukščio, greitumu maždaug 80 mm. į sek. Kelio ilgis, kada šis plyšys akiai matomas, lyginasi 40 mm. Plyšio apšvietimo intensyvumas galima buvo keisti įvairiai ir kas kartas buvo nustatomas fotometriškai. Observatorius akį turėdavo fiksuoti tam tikrame taške plyšio kelyje ir būdavo jinai žiūrint uždavinio ar plyšio tako viduryje, ar pradžioje, arba gale, kame plyšys išnyksta. Fiksacijos ženklu buvo apšviestas taškas kurio darydavo projekciją tam tikro stiklo pagalba plyšio tako plokštumoje. Pats optinis plyšys nušviečiamas tam tikru prietaisu. Optinis plyšys laksto ant kaspino, kuris ant velenėlių ir judinamas elektromotoru. Be fiksacijos taško, dar yra vienas silpnai apšviestas taškas, kuris gali būti lengvai stumdomas plyšio take ir tarnauja matavimo tikslams (Meßpunkt). Observatorius, kuris seka apšviesto plyšio judėjimus, privalo pastebėti, kokioje tako vietoje pasirodo plyšys. Ši vieta tuojau turi būti parodyta matuojamojo taško pagalba. Šios vietos atokumas nuo plyšio kelio pradžios (krašto) gali būti tiksliai išmatuotas.

Jei dabar patalpinsime fiksacijos punktą optinio plyšio kelio pačiame viduryje, tai, judant plyšiui, fiksacijos tašką matysime plyšio kelionės nebe viduryje, bet, pavyzdžiui, pasidavusį į kairę. Jei plyšys slinko iš dešinės, tai plyšio kelias savo dešiniojoj pusėje atrodys kaip ir nukirptas. Patalpinus fiksacijos tašką prie pat plyšio kelio pradžios, observatorius pastebės, kad jojo regėjimo lauke plyšys pasirodo ne pačioje kelio pradžioje, bet vėliau, šiek tiek kelio padaręs. Jau šie bandymai Froehlich'ui parodė, kad plyšio kelias subjektyviame regėjimo lauke yra trumpesnis, negu tikrenybėje jis buvo išeitas. Toliau bandymų metu observatorius ir turėdavo matuojamojo taško pagalba tiksliai nurodyti tą vietą plyšio kelionėje, kame jisai pamatydavo plyšį. Šis plyšio pasirodymo vietos nukrypimas Froehlich'o ir buvo aiškinamas, kaip jutimo slaptojo laiko išraiška. Tas tolumas, kurį plyšys išėjo nuo pradžios savo tako iki tos vietos, kame akis jį pastebėjo, ir yra tas kelias, kurį išėjo jutimo slaptojo periodo metu. Žinodamas gi šį kelią ir plyšio judėjimo greitumą, Froehlich'as apskaičiuodavo jutimo latentinį laiką. Esant nukrypimui 10 mm. ir plyšio judėjimo greitumui 88 mm. į sekundą (10 : 88 = 0,113), gauname slaptąjį laiką lygų 0,113 sek. Analogišku būdu Froehlich'as apskaičiuodavo ir pirminio optinio jutimo laiko trukimą (Empfinungsdauer), kurį tyrinėjo tokiose pat apystovose.

Kokie gi Froehlich'o skaitlingų bandymų daviniai? Žiūrint sviesos intensyvumo, regėjimo jutimo slaptasai laikas siūbuoja tarp 0,040 ir 0,150 sek. Su šviesos intensyvumo didėjimu jutimo laikas mažėja iš pradžių greit, paskui iš lėto. Tarp jutimo laiko, iš vienos pusės, ir šviesos greitumo ir trukimo, iš antros pusės, Froehlich'as surado analogišką priklausomybę. Minimalus jutimo laikas lyginasi maždaug 0,030 sek.

Akies adaptacijos reikšmę studijavo Froehlich'o bendradarbis Andr. Kovács visai panašiose bandymo apystovose ir padarė išvadų, kad, akiai esant tamsiai adaptuotai, jutimo slaptasai laikas labai susitrumpina, tuo tarpu kaip jutimo trukimas žymiai pasiilgina. Tarp 8 ir 10 min. tamsaus adaptavimosi slaptasai jutimo laikas vėl pasiilgina.

Šioji sunkiai prieinama tyrinėtojui sritis, kurioje dirbo Froehlich'as, neturėjo tikslios metodikos. Froehlich'o pasiūlytoji metodika yra labai viliojanti ir daugelio mokslininkų atkreipė į save dėmesį. Tačiau del jos reikia pažymėti keletą pastabų.

Vietos, kurioje pirmiausia pastebimas judąs plyšys, apibrėžimas matuojamojo taško pastumimu post factum negali būti pripažintas tikra metode, jei prisiminsime dėmesio siūbavimą ir judančio regėjimo jaudiklio lokalizavimo erdvėje netikslumą po to, kai jaudinimas bent toje vietoje išnyko. Tokioms sąlygoms esant, apibrėžiant šią vietą, įnešamas subjektyvus momentas, kuris galėtų būti eleminuotas tik matavimus daug sykių pakartojant visai vienodose sąlygose.

Toliau, mes linkę manyti, kad Froehlich'o metode, geriausiu atveju, apskaitomas judančio vaizdo jutimo slaptasai laikas, bet šios išvados nėra būtinos vaizdui, kuris yra ramiame stovyje.

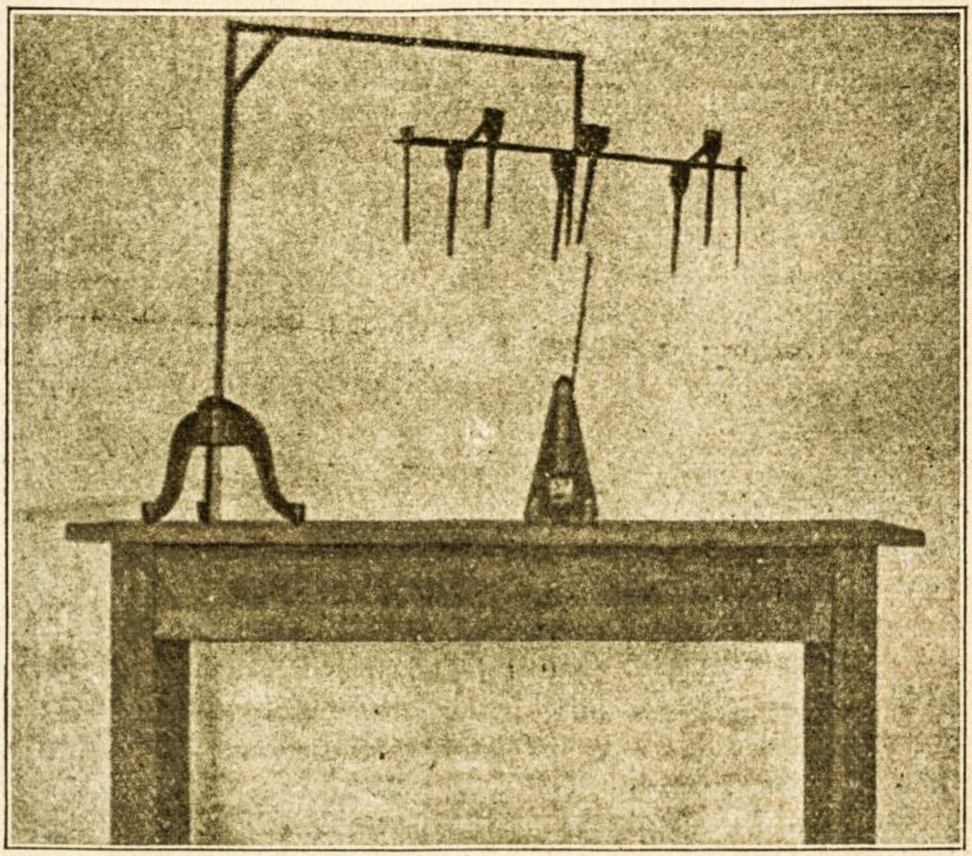
Froehlich'as savo apskaičiavimo pamatan ima taško padėtį plyšio judėjimo kelyje, kame plyšys buvo pamatytas. Jis mano, kad regėjimo aparato gautasai sujaudinimas ties pačia plyšio tako pradžia persidirbo į jutimą tik iki to momento, kada plyšys jau suspėjo pasirodyti taške, pavyzdžiui, per 10 mm. nuo plyšio išėjimo vietos. Be to, pastebėtas plyšys tame taške, anot Froehlich'o, išeina ir objektyviai ten yra, kitaip negalima būtų dėti skaičiavimo pamatan plyšio greitumas. Kitais žodžiais sakant, plyšio pasireiškimo metu subjektyvus regėjimo laukas turi visai atatikti objektyviam. — Jeigu Froehlich'as mano, kad plyšio pasirodymo metu plyšys buvo taške *a*, tai iš tikrųjų, turint omenyje slaptąjį jutimo laiką, plyšys buvo nebe taške *a*, bet kur nors plyšio kelyje dar toliau, pavyzdžiui, taške a_1 ne 10 mm., bet, sakysim, 13—15 mm. atstume nuo plyšio tako pradžios. Froehlich'as pasivėlinimą dar pripažįsta kelio pradžiai, bet toliau, sugaudamas plyšį judėjimo metu, jis tokio pasivėlinimo tolesnėms judėjimo stadijoms kaip ir nebepripažįsta. Jis mano, kad plyšys ir esąs toje pačioje vietoje, kurioje jis buvo pamatytas. Plyšio praeitą kelią iki jo pamatymui jis perveda į laiką ir sako, kad tai yra tas laikas, kuris buvo reikalingas gautą regėjimo sujaudinimą perdirbti iki plyšio vaizdo aiškumo. Iš to viso aišku, kad Froehlich'o metodė nėra pakankamai tiksli ir, kaipo apytikrė, gali tikti tiktai judantiems regėjimo jaudikliams tirti.

Klausimas gi, kaip tirti ramume esančių regėjimo vaizdų jutimo laikas, reikalauja tolesnių tyrinėjimų. Tiesa, vienoje vietoje Froehlich'as pareiškia nuomonę, kad jutimas iš akimirksniu apšviesto plyšio, kuris yra ramume, santykiuojąs su jutimu iš apšviesto plyšio, kuris juda, taip, kaip raumens susitraukimas, kuris užregistruotas ant stovinčio vietoje kimografo būgnelio, santykiuojąs su tokiu pat raumens susitraukimu, kuris užregistruotas ant besisukančio būgnelio. Paskutiniu būdu registruotas raumens susitraukimas esąs patogesnis tirti, tokį pat patogumą turįs ir judąs plyšys. — Tačiau, raumeniui susitraukiant, mes jo vaizdą modifikuojame, ištempdami jį kimografo sukimu, tuo tarpu, judant daiktui, mes duodame akies retinos įvairioms vietoms visą eilę sukcesyvių regėjimo sujaudinimų ir tuo pačiu ryškiai pakeičiame charakterį pačios įtakos regėjimo aparatui. Tuo būdu susidaro visai skirtingos sąlygos, negu jos yra, kada daiktas buvo vieną akimirksnį apšviestas.

IV.

Prieidami prie savos metodikos išdirbimo, mes pirmų pirmiausia mėginome išaiškinti paprastesnėse eksperimento sąlygose šviesos intensyvumo įtaką slaptajam jutimo laikui ir reakcijos laikui. Mes dalinai šioje srityje išėjome iš Foehlich'o ir Pulfrich'o darbų. Mes dirbome šį darbą Lietuvos Universiteto Psichologijos laboratorijoje.

Judančių kūnų stereoskopijai ir stereoskopiniam fenomenui tirti mūsų buvo sukonstruotas paprastas aparatas, kuris turi tų privalumų, kad nereikalauja projekcijos aparato, su kuria dirbant tenka naudotis dirbtine šviesa ir turėti šiaip nemaža nepatogumų, ir yra daug tikslesnis, negu Pulfrich'o siūlomieji vienas ant antro pastatytieji pieštukai, kurių vienas judinamas horizontalėje plokštumoje. Mūsų demonstraciniam aparatui panaudojome metronomą, pailginę jo švytuoklę 22 snt. ir nudažę ją juodai. (Žiūr. pieš. Nr. 3). Tokį metronomą statome ant lango užpakaliu prie lango stiklo. Iš tam tikro statyvo, kuris statomas greta su metronomu, nuleidžiamas fiksuotas stiebelis statiniai taip, kad prieitų iš viršaus prie metronomo statinės švytuoklės ir sudarytų kaip ir jos tęsinį. Metronomo švytuoklė siūbuoja iš vieno šono į antrą greitumu tokiu, kad praeina šį savo kelią (apie 45 snt.) maždaug per 0,5 sek. Metronomo švytuolės greitumas tam tikrose ribose gali būti keičiamas. Observatorius esti 3—8 metrų tolume nuo aparato. Observatorius naudodavosi prietaisu, kurį okulistai vartoja stiklams pririnkti; į vieną gūštą šio prietaiso įsistato paprastas stiklas, į antrą tamsus arba spalvinis stiklas. Mes turėjome įvairaus intensyvumo tamsių stiklų 7 poras. Mūsų spalviniai stiklai absorpcijos ypatybių atžvilgiu nebuvo gerai ištirti ir todel bandymai su jais turėjo daugiau orientavimosi pobūdžio.



Pieš. 3.

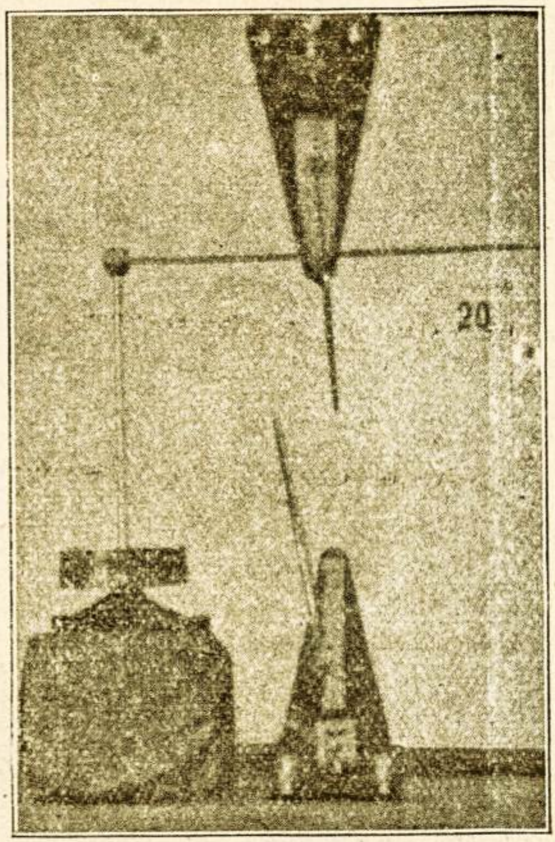
Gaunamajam judančio kūno stereoefektui sustiprinti mes naudojomės D-ro Sander'o principu, apie kurį prisimena ir

Pulfrich'as. Tam tikslui įtaisydavome antrą apverstą metronomą taip pat su pailginta švytuokle vertikaliai ant pirmojo metronomo (žiūr. pieš Nr. 4) taip, kad abiejų metronomų švytuoklės, būdamos vertikaliai, beveik susisiektų savo viršūnėmis. Antrojo metronomo švytuoklės judėjimų linkmė gali būti tokia pat, kaip ir apatinio metronomo arba atbula. Švytuoklės greitumą turime galimybės reguliuoti.

Kad galima būtų tiksliai susipažinti su elipso forma, kurią metronomo švytuoklė judėdama daro subjektyviame regėjimo lauke, mes prie statyvo pririšdavome ir iš viršaus nuleisdavome ant metronomo tam tikrą prietaisą, kurio išvaizda yra parodyta piešinyje Nr. 3. Šio prietaiso lazdelių — ženklininkų pagalba mes visuomet galėdavome nubrėžti tų švytuoklės judėjimų formą, kaip ji mums atrodydavo.

Iki šio laiko buvo kalba, kaip iš linijiško judėjimo frontalinėje plokštumoje gaunasi elipsoidiškas judėjimas.

Pas mus kilo mintis išmėginti, ar tokiomis pat apystovomis elipsoidišką arba, dar geriau, rato pavidalo judėjimą negalima būtų paversti į linijišką judėjimą?

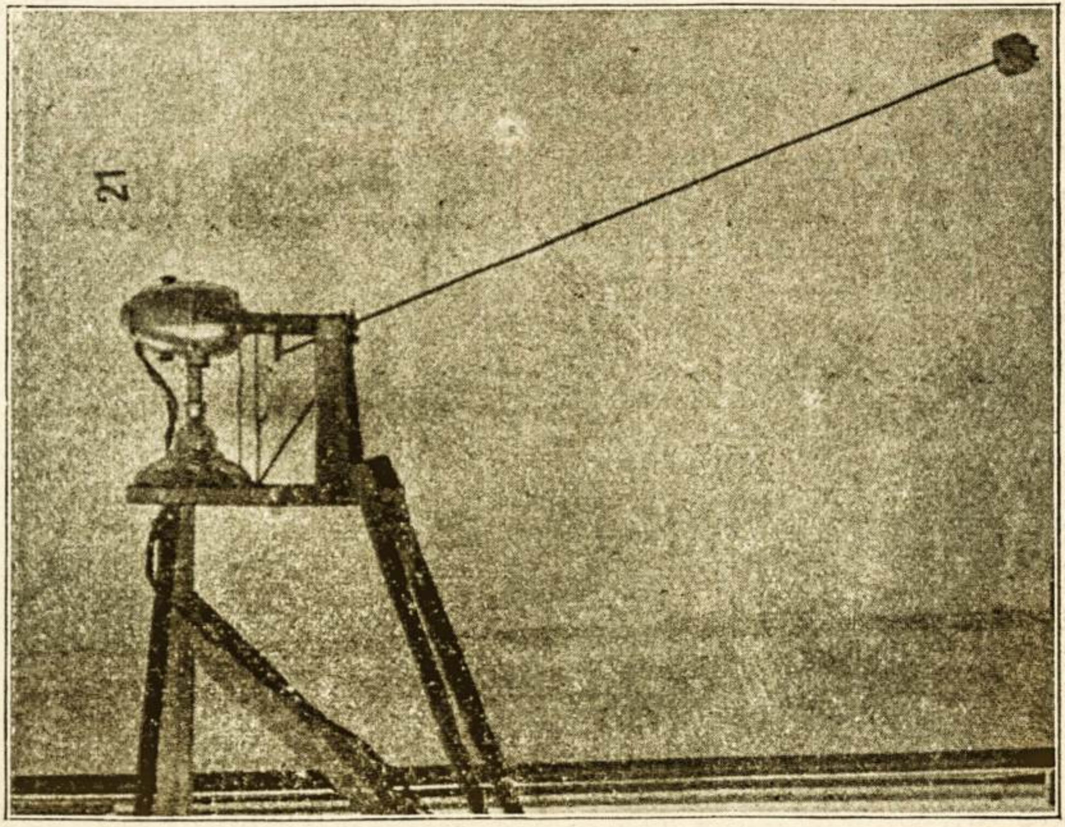


Pieš. 4.

Tam tikslui mes sukonstruavome aparatą (žiūr. pieš. Nr. 5), kurio svarbiausios dalys yra mažas motoras, elektra varomas ir motore sukama lazdelė, kurios vienas galas sukasi apie tašką, gi antras galas daro rato pavidalo visuomet vienodus judėjimus taip lygiai, kaip rankinių girnų milinys, už kurio vieno galo įsitvėrus sukama girnapusės, antras gi galas milinio įstatytas į skylutę ir sukasi apie tašką.

Paprastai observuojamas yra mūsų sukonstruoto aparato lazdelės tas galas, kuris liuosai nukabęs ir daro rato pavidalo judesius. Fiksacijai palengvinti ant liuosojo lazdelės galo užmauname juodą kempinelę, kuri paveiksle visai aiškiai yra matoma.

Imsime, pavyzdžiui, aparatą taip nustatytą, kad lazdelė sukasi laikrodžio rodyklės linkme. Jei kairiąja akimi žiūrėsime iš tolo į besisukančią lazdelę pro tamsų arba aprūkytą stiklą, dešiniąja akimi pro paprastą stiklą (arba ši akis gali būti visai be stiklo — tai vis viena), tai stebimasai ratas labai padidės ir padidėjimas lies ypatingai pryšakiniai · užpakalinį diametrą, atrodys, kad besisukanti lazdelė prisiartina prie observatoriaus ir, kada jis nusisuka į užpakalį, tai rodos, kad nutolsta nuo observatoriaus žymiai daugiau, negu tatai atsitinka su besitvarkančia lazdele, žiūrint į ją be stiklų. Jei dabar pakeisime stiklus, būtent, kairiąja akimi žiūrėsime per paprastą stiklą, dešiniąja akimi pro aprūkytą arba tamsų stiklą, tai, žiūrint stiklo tamsumo laipsnio, ratas arba susiplos, arba virs linijišku judėjimu frontalinėje plokštumoje, arba net atrodys, kad sukasi laikrodžio rodyklės atbula linkme, tai yra, visai į priešingą pusę.



Pieš. 5.

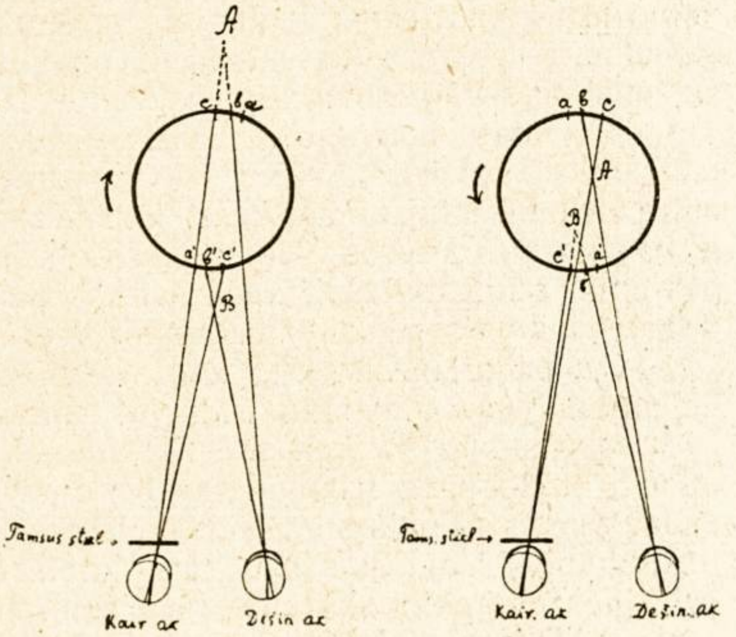
Jei paimtume observatuoti lazdelę, kuri sukasi laikrodžio rodyklės atbula linkme, tai pastebėjimo daviniai gaunasi visai priešingi tiems, kurie tik ką paminėti.

Kaip šis fenomenas galima išaiškinti?

Nors mes žiūrime viena akimi pro tamsų stiklą, antra — pro šviesų, tačiau čia mes turime reikalo vis viena su binokolarišku matymo būdu. Judančio daikto vaizdai krinta maždaug į identinius akies retinos taškus ir todel mes negauname vaizdų dvigubinimosi — diplopijos. Del ko gi mes matome rato pakitimą? Tolesniais bandymo daviniais mes pasistengsime įrodyti, kad tos akies, kuria žiūrime pro tamsų stiklą, jutimo laikas yra ilgesnis, negu tos akies, kuri turi tiktai paprastą stiklą. Dėliai jutimo laiko pailgėjimo, besisukančios lazdelės observuojamosios vietos matymas daugiau susivėlina ir todel regėjimo ašių susikryžavimo vieta, kurioje mes matome daiktus, pasikeis.

Visa tai geriausiai išaiškins šis braižinys (žiūr. prieš Nr. 6).

I. Lazdelė sukasi, kaip nurodo vilyčia. Kada lazdelė bus faktinai jau vietoje *a*, jos vaizdas dešiniojoje akyje dėliai to, kad spinduliui pakliūti į akį reikalingas yra tam tikras laikas, daleiskime, kad yra susivėlinęs ir dar tebėra punkte *b*. Į kairiąją akį spinduliai paklius dar daugiau susivėlinę, nes prieš akį yra tamsus stiklas ir todel tuo pačiu metu kairioji akis matys dar toliau atsilikusią lazdelę vietoje *c*. Binokulariškai žiūrėdami, matysime daiktą regėjimo ašių susikryžiavimo vietoje, būtent, taške *A*. Tuo pat būdu samprotaudami, galime pripažinti, kad, kada lazdelės galas faktiškai esti taške a_1, matysime jį punkte *B*, abiejų akių regėjimo ašių susikryžiavimo vietoje. Iš braižinio matome, kad observuojamasis lazdelės galas atrodys, kad besisukdamas pereina per punktus *A* ir *B*, ir kad rato pryšakiniai - užpakalinis diametras ilgėja.



Pieš. 6.

II. Lazdelė sukasi į kitą pusę. Tamsus stiklas prieš tą pačią kairiąją akį. Pastebėsime visai ką kitą. Abiejų akių regėjimo ašys dabar kryžiuosis ne už skritulio sienų, bet jo viduje, ir, juo didesnis stiklo tamsumas, juo daugiau prisiartina prie frontalinės linijos arba net ir visai gali pasikeisti sukimosi linkmė.

1) Tuo būdu šis fenomenas daugiausia pareina nuo *stiklo tamsumo laipsnio*. Jei po lazdelės, kuri sukasi, įtaisytume skales, kurių pagalba galėsime, nors apytikriai, konstatuoti visus rato pasikeitimus, tai, keisdami prieš akį stiklų tamsumo intensyvumą, konstatuotume sykiu, ceteris paribus, rato pasikeitimo paralelumą su stiklų tamsumu, arba, kadangi mes dažnai apie stiklo tamsumo laipsnį neturime pakankamai objektyvių davinių, tai mes sulig rato pakitimu galime pasakyti apie stiklo tamsumo laipsnį. Apie stiklo tamsumą mes paprastai sprendžiame, lygindami vieną stiklą su antru. Jei paimtieji stiklai yra vienodos spalvos, tad mes, lygindami, galime nuspręsti jų spalvos intensyvumą arba įsotinimo laipsnį. Sunkiausia, kad turime reikalo su stiklais įvairių spektrinių spalvų; tada mes, lygindami jas, paprastai sunkiai galime

įveikti tokį paprastą klausimą, kaip katras stiklas yra tamsesnis. Pasinaudodami gi aprašyta metode su metronomu arba su besisukančia lazdele, tatai galima nustatyti gana tiksliai, nes spalviniai stiklai taip pat, kaip ir aprūkyti ar tamsūs, žiūrint į judantį daiktą, duoda tokius pat rezultatus. Jei, pavyzdžiui, žiūrėdami vieną syk pro raudoną stiklą, antrą syk pro mėlyną stiklą, gauname tokius pat rato pakitimus, mes iš to darome išvadą, kad stiklai turi tą patį intensyvumą. Tuo būdu mes turime objektyvią metodę lyginti spalvų intensyvumui bei šviesumui.

2) Darant mėginimus, mūsų buvo pastebėta, kad, pro tą patį stiklą žiūrėdami, vieną syk gauname didesnį rato pakitimą, antrą syk mažesnį. Paaiškėja, kad tais atsitikimais, kada į akis iš naudojamo šviesos šaltinio šviesos pakliūva daugiau, tada pakitimai būna mažesni, kada šviesos pakliūva mažiau (žinoma, aiškaus matymo ribose), pakitimai didesni.

Čia padarėme išvadą, kad šviesos stovis daro įtakos judėjimų matymo pakitimui. Matyti, santykis tarp aprūkyto stiklo ir šviesos stovio pasikeičia. Skaistesnei šviesai esant, užtemdinančio stiklo praleidžiamos savybės palyginti su tuo atsitikimu, kada šviesos šaltinis silpnesnis, relatyviai didėja, spindulių kiekis, pakliūnančių į abi akis šituo atsitikimu, daugiau susilygina ir todel, nesant tokio skirtumo tarp akių, fenomenas susisilpnina.

3) *Tolumas*, iš kurio observuojame, taip pat turi reikšmės. Visai iš arti žiūrint, kad ir pro aprūkytą stiklą, vis tik negalima pasakyti, kad judėjimai labai pakitėtų. Iš antros pusės, žiūrėdami iš tokio tolumo, kada nebėra ryškaus matymo, tada fenomenas nebesti aiškus. Reiškia, tiktai ryškaus matymo ribose fenomenas yra gerai pastebimas.

4) Akies prisitaikinimo prie šviesos (adaptacijos) stovis taip pat negali būti neigiamas. Įeidami iš šviesos į tamsų kambarį, mes iš pradžios nieko nematome, vėliau, akims tamsiai adaptuojantis, pradedame pamažu matyti vis ryškiau ir ryškiau kambaryje esančius daiktus. Piper'o tikslūs matavimai duoda nurodymų, kaip akies prisitaikinimas eina. Pirmųjų 10 minučių bėgyje prisitaikinimas eina iš lėto, vėliau tarp 10 ir 30—40 minučių prisitaikinimas eina greit ir paskui vėl lėtai. Išeina, reiškia, beveik valanda (ne daugiau!), kol akis visai gerai tamsiai adaptuojasi. Tamsiai adaptuotų akių šviesos jautrumas padidėja 1400—8000 sykių. Toks šviesos jautrumo pakitimas, žinoma, negali neatsiliepti į mūsų observuojamojo stereoefekto pakitimus. Šios rūšies tyrinėjimus darant, kaip ir apskritai jutimo laiko ilgumą tiriant, visuomet tenka turėti omenyje ir akies adaptacijos stovis, kuris visuomet daro savo įtakos. Mes savo visus tyrinėjimus, apie kuriuos bus kalba vėliau, darome šviesiai adaptuotoms akims esant. Mėgindami stereofektą, mes vieną antrą sykį darome taip: vieną akį uždengiame 30—40 minučių taip, kad į ją šviesos nepakliūtų arba, jei jau pakliūtų, tai kuomažiausia. Tuo būdu gauname vienos akies tamsią adaptaciją,

antra gi akis pasilieka šviesiai adaptuota. Tarp abiejų akių susidaro skirtumas jautrumo atžvilgiu. Ši aplinkybė sudaro tam tikrą slaptojo jutimo laiko skirtumą tarp vienos ir antros akies, tatai sudaro visai panašias apystovas toms, kada mes prieš vieną akį turime tamsų arba aprūkytą stiklą.

Tiesa, akių įvairus adaptacijos stovis nėra tiek stiprus veiksnys, kaip tamsus stiklas. ir nevisuomet gerai pasiseka jis apskaičiuoti. Mums geriau sekdavosi adaptacijos stovio veikimas nustatyti, kombinuojant vienos akies adaptacijos stovį su antrosios akies užtemdymu tamsiu stiklu. Šiuo atžvilgiu mūsų tyrinėjimų rezultatai nėra ganėtini; reikalingas šiuo atveju dar tolimesnis darbas. Jei pasisektų nustatyti tarp akies adaptacijos stovio pakitimų, iš vienos pusės, ir akies užtemdymo stiklo laipsnio, iš antros pusės, tam tikras paralelizmas, tąsyk gal taip pat pasisektų adaptacijos stovis išreikšti stiklo tamsumo vienetose, o tas savo ruožtu privestų mus prie visai naujų būdų tirti adaptacijos stovį.

5) Judėjimo greitumas, kaip jau Pulfrich'as nurodė, turi tos reikšmės, kad greičiau besisukant stereoefektas išsireiškia geriau.

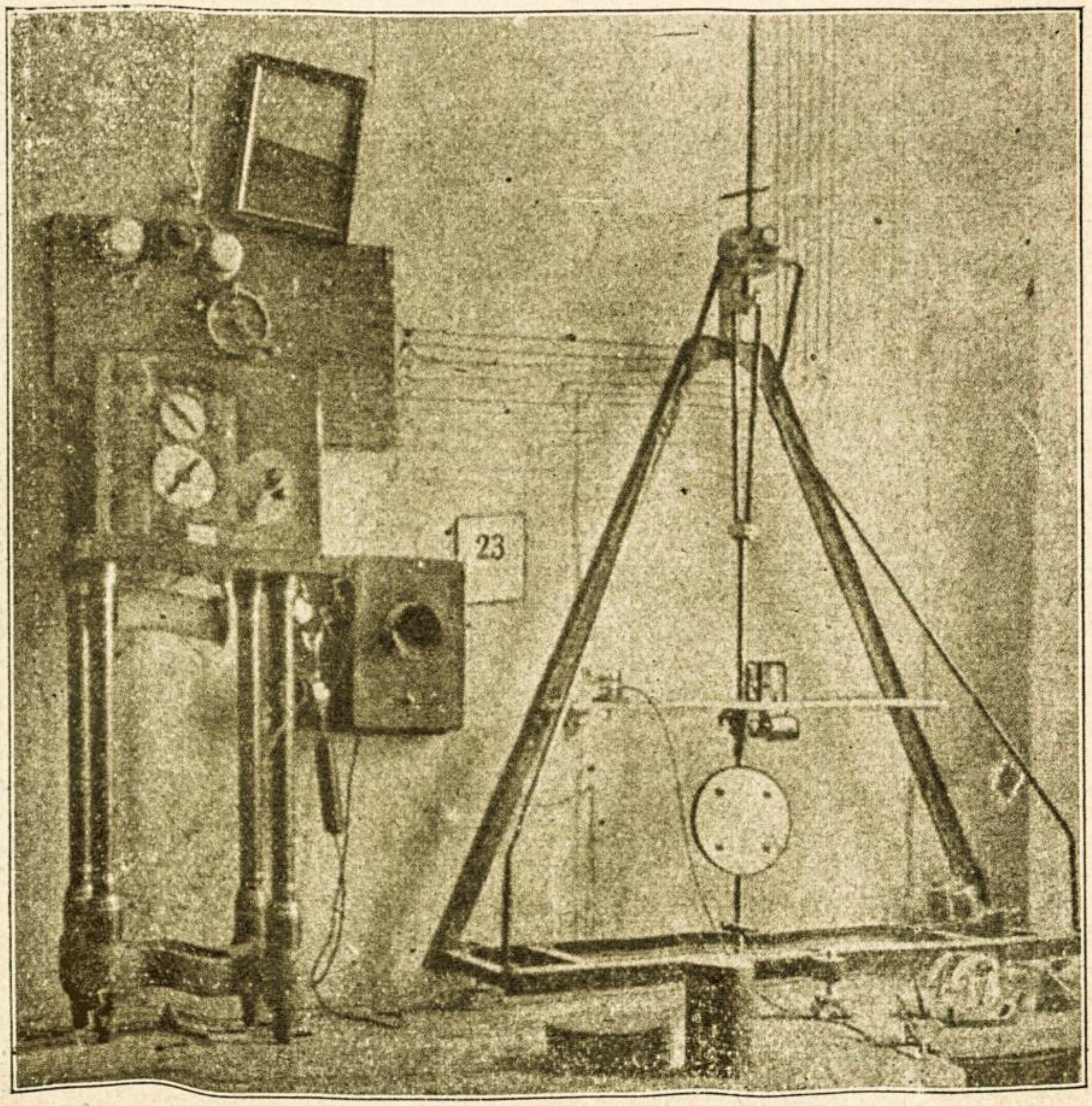
V.

Aukščiau aprašytų bandymų rezultatai pareina, kaip jau pasakyta, nuo įvairių aplinkybių, bendrai sakant, nuo to, kad vienos akies šviesos recepcijos laikas trunka ilgiau, negu antrosios akies. Tokiu pat būdu turime teisės pasakyti, kad vienos akies jutimo laikas būna ilgesnis, negu antrosios akies. Klausimui, nuo kokių priežasčių jutimo laiko užtrukimas įvyksta, išaiškinti buvo daryta visa eilė mėginimų. Kai kurių mėginimų davinius čia paskelbsime. Mėginimų daviniai, nors buvo stengtasi gauti kiek galint tikslesni, nors tyrimo objektai buvo šioje srityje gana gerai treniruoti, ne visi turi pretenzijų duoti absoliučias vertybes ir todel dažniau turi relatyvios reikšmės. Be to, apie žemiau nurodytus davinius reikia bendrai pasakyti, kad jie gauti. kaipo vidutiniai, maždaug 15 mėginimų aritmetinis vidurys. Matavimus darėme Ach'o švytuoklės ir chronoskopo pagalba.

Šios rūšies bandymuose mes mėginome panaudoti reakcinio eksperimento metodę slaptajam jutimo laikui apskaityti. Mes manėme, kad, ši metodika mūsų tikslams galės tinkamai patarnauti, jei mes mėginamuosius asmenis imsime gerai treniruotus, kurių reakcijos eilė priruošiamųjų mėginimų bus privestos prie automatizmo stovio. Mes naudojomės tokiais asmenimis, kurių atskirų reakcijų laikas nedaug tesiskirdavo, arba, kitais žodžiais tariant, tais, kurie reaguodavo gana vienodai. Jei toks asmuo, pakeitus šviesos intesyvumą, pradėdavo reaguoti greičiau arba lėčiau, tai šis pakitimas neabejotinai priklausydavo nuo intensyvumo pakitimų.

Mėginamąjį asmenį sodindavome į apytamsią kamerą visai atskirai ir jaudindavome šviesa iš elektros lempelės 4 voltų jėgos. Mėginamasis sėdėdavo prieš specialiai sudarytą optinę dėžutę 13 snt. ilgio, $13^1/_2$ snt. pločio, 5 snt. aukščio. Dėžutė per vidurį perskirta, priekinėje jos sienelėje būdavo kiekvienai akiai po ovalinę skylutę, į kurią įstatydavome sulig reikalu įvairius stiklus. Užpakalinėje sienelėje būdavo kiekvienai akiai po siaurą (2 mm.) plyšį (vertikaliai). Fiksacijos taškas užpakalinėje sienelėje.

Kiekvieną sykį bandymo vedėjas mėginamąjį asmenį perspėja žodžiu „jau" apie duodamą signalą. Signalas duodamas piršto paspaudimu į elektros įjungiklį. Tuo pat momentu paleidžiamas Schultz'o chronoskopas. Mėginamasis kameroje reaguoja į duotą šviesos signalą elektros raktelio paspaudimu, kuriuo būdu nutraukia elektros srovę ir nustabdo chronoskopą. Reakcijos laikas tuč tuojau užrašomas iš chronoskopo.



Pieš. 7.

Ach'o švytuoklę panaudojome savo tikslams tokiu būdu. Švytuoklė (žiūr. pieš. Nr. 7) ties viduriu savo kelionės turi užgauti dvi poras kontaktų. Kiekvienos poros pirmuoju kontaktu elektros srovę įjungia, antruoju išjungia. Kiekvienos poros kontaktų tolumo santykis su antrąja pora gali būti keičiamas. Srovė iš kiekvienos kontaktų poros paleidžiama į elektromagnetinę plunksna tokiu būdu, kad švytuoklė, palietus pirmąjį kontaktą, nutraukia srovę pluksnoje. Prie elektromagnetinių pluksnų pririšta po rėželę juodo kortono, kuris aukščiau minėtos optinės dėžutės užkakalinėje sienelėje esantį plyšį gali uždaryti arba atidaryti sulig tuo, ar elektromagnetinė plunksna srovės pritraukta ar atleista. Tuo būdu dėžutės plyšys atsidaro arba užsidaro ir tuo pačiu akį sujaudina ar ne. Kiekviena kontaktų pora, elektromagnetinė pluksna ir akumuliatorius sudaro vieną grandinę, kuri, švytuoklei palietus pirmąjį kontaktą, sujungiama ir, palietus antrąjį kontaktą, nutraukiama.

Tokias dvi grandines turint, žinant švytuoklės pagalba tiksliai, kada buvo sujungta viena ir antra grandinė, mes žinome tiksliai, kuri akis anksčiau, kuri vėliau gavo šviesos sujaudinimą. Mėginimasis gi, sėdėdamas visai atskiroj kameroje, kiekvienu atsitikimu pareiškia, katra akimi sujaudinimą gavo anksčiau, katra vėliau ir kada išsyk. Tuo būdu turėdami objektyvų regėjimo lauką, iš vienos pusės, ir subjektyvų, iš antros pusės, galime sulig tuo, kas subjektyviame lauke yra kitaip, spręsti apie priežastis tokių pakitimų. Ach'o švytuoklės kontaktų tolumą lengvai pervesdavome į laiką Schultz'o chronoskopo pagalba. Schultz'o gi chronoskopą savo keliu kontroliuodavome Wundt'o kontroliniu plaktuku. Tokiu būdu rezultatai yra tikslūs ir turime galimybės sugaudyti tūkstantines sekundos dalis.

28/II. D. L. Dešinioji akis gauna atskirai sujaudinimą iš mažos elektros lempelės, kuri duoda šviesą silpnesnę, negu lempelė, kuri jaudina atskirai kairiąją akį. Dešinioji akis pamato šviesą 0.024 sek. vėliau.

3/III. V. L. Kairioji akis gauna atskirai sujaudinimą iš mažos elektros lempelės, kuri duoda šviesą silpnesnę, negu lempelė, kuri jaudina atskirai dešiniąją akį. Kairioji akis pamato šviesą 0,008 sek. vėliau.

Išvada: juo šviesos šaltinis silpnesnis, juo ir šviesos jutimo laikas ilgesnis.

B. Mėginimų serija daryta besinaudojant vienu šviesos šaltiniu, kuris apšviesdavo ne vienodo tamsumo ar spalvos laukus. Viena akis, pavyzdžiui, atskirai turi prieš save raudoną lauką, antra akis atskirai turi visai baltą lauką. Žiūrima abiejomis akimis iš syk, tik kiekviena akis mato atskirai savo lauką.

1) 22/II. K. L. Dešinysis laukas tamsus. Dešinioji akis mato vėliau, negu kairioji, 0,082 sek.

2) 25/II. D. L. Dešinysis laukas tamsesnis, negu kairysis. Dešinioji akis mato vėliau, negu kairioji, 0,019 sek.

3) 25/II V. L. Dešinysis laukas tamsesnis. Dešinioji akis pasivėlina 0,016 sek.

4) 3/III. V. T. Dešinysis laukas tamsesnis. Dešinioji akis pasivėlina matyti 0,008 sek.

5) 3/III V. T. Kairysis laukas tamsesnis. Kairioji akis pasivėlina matyti 0,008 sek.

6) 10/III. D. L. Dešinysis laukas raudonas, kairysis laukas baltas. Dešinioji akis mato vėliau, negu kairioji, 0,012 sek.

7) 10/III. V. K. Dešinysis laukas raudonas, kairysis laukas baltos. Dešinioji akis mato vėliau, negu kairioji, 0,008 sek.

8) 10/III. V. K. Kairysis laukas raudonas, dešinysis laukas baltas. Kairioji akis mato vėliau, negu dešinioji, 0,008 sek.

Davinių užtenka, kad galima būtų daryti šios išvados: Jei šviesos šaltinis vienodas, bet matomasai viena akimi laukas yra arba tamsesnis arba raudonas, tai toji akis pasivėlina matyti. Pasivėlinimas įvairus (čia nuo 0,008 sek.) galėjo būti dėliai lauko tamsumo laipsnio įvairumo ir dėliai akies adaptacijos stovio nevienodumo mėginimo metu.

C. Serija mėginimų daryta tokiu būdu, kad viena ir antra akis mato visai vienodos šviesos ir spalvos lauką, bet viena akis žiūri pro paprastą stiklą, antra pro tamsų arba tamsesnį stiklą. Jutimo laikas registruojamas dvejopai: švytuolio ir chronoskopo pagalba.

Ach'o švytuoklės pagalba gautieji daviniai:

1) 28 I V. K. Dešinysis stiklas tamsus. Dešinioji akis mato vėliau 0,016 sek.
2) 31 I V. L. „ „ „ „ „ „ „ 0,012 „
3) 31 I „ „ Kairysis „ „ Kairioji „ „ „ 0,012 „
4) 22 II V. L. „ „ „ „ „ „ „ 0,019 „
5) „ „ „ Dešinysis „ „ Dešinioji „ „ „ 0,005 „

Schultz'o chronoskopo pagalba kai kurie gautieji daviniai tokie: (Mėginamojo žiūrėta monokuliariškai).

Žiūr. lent. 579 pusl.

Išvados: 1) Žiūrint pro tamsų stiklą reakcijos laikas visuomet ilgesnis, negu žiūrint pro šviesų stiklą; 2) esant šviesai silpnesnei, reakcijos laikas ilgesnis, negu kada šviesa skaisti; ir 3) kada žiūrima pro tamsų stiklą arba kada šviesa silpna, reakcijos laiko siūbavimai didesni.

Kadangi šių reakcijų laiką matuojant buvo keičiamas šviesos intensyvumas, tai šis reakcijų laiko pailgėjimas galima priskirti tiktai prie slaptojo jutimo laiko pailgėjimo.

Tuo būdu, tur būt, šių bandymų daviniai yra gana įrodę, 1) kad šviesos intensyvumo sumažėjimas, arba matomo lauko tamsumas bei nusidažymas, arba stiklas tarp stebimo daikto ir akies pailgina slaptąjį jutimo laiką ir 2) kad Pulfrich'o nurodytasai stereofektas pareina tiktai nuo slaptojo jutimo laiko skirtumų, kurie turi vietos, kada į vieną akį pakliūva mažiau šviesos.

Data	Tyriamasis asmuo	Kiek bandymų	Per kokį stiklą žiūrėta arba kokia šviesa buvo?	Vidutinis (aritmetinis) reakcijos laikas	Skirtumas (Susivėlinimas)
14/III	V. K.	18	stiklas šviesus	0,157	0,015
"	"	12	stiklas tamsus	0,172	
17/III	V. L.	15	stiklas tamsus N. 7	0,245	0,037
"	"	13	stiklas šviesus	0,208	
17/III	D. L.	9	šviesa visai silpna	0,191	0,019
"	"	11	šviesa skaisti	0,172	
20/III	Inž. V.	10	stiklas tamsus N. 7	0,192	0,041
"	" "	9	stiklas šviesus	0,151	
27/III	V. L.	20	stiklas tamsus N. 7	0,225	0,045
"	"	11	stiklas šviesus	0,180	
31/III	V. K.	14	stiklas tamsus	0,167	0,000
"	"	15	stiklas šviesus	0,167	
31/III	T. N.	14	stiklas tamsus N. 7	0,212	0,050
"	"	13	stiklas šviesus	0,162	
	5 asm.	184			0,015—0,050 neskaitant vieno nevykusio.

Šis Pulfrich'o stereoefektas tyrinėtinas ir toliau gal ne tiek išeinant iš teoretinių samprotavimų, kiek turint omenyje pritaikinimo medicinoje perspektyvas.

Dabar mes turime fiziologijoje bei medicinoje visą eilę paremtų kolorimetriniu principu aparatų bei prietaisų tyrinėti žmogaus organizmo skysčiams. Šie visi aparatai pasižymi tuo, kad jie duoda nemaža paklaidų. Stereoefekto principo pritaikinimas šioje srityje gali šiuos visus aparatus sutikslinti. Bet šioje srityje dar reikalinga padėti nemaža darbo.

Zusammenfassung.

Prof. W. Lašas und Dr. W. Laserson: — Experimentelle Studien über die latente Empfindungszeit optischer Reize.

Die Verfasser behandeln, zum Teil auf eigene Experimente gestützt, die Frage nach der Messung der Empfindungszeit für optische Reize, für welche die Bezeichnung latente Empfindungszeit vorgeschlagen wird. Die stereophotometrischen Messungen nach der Methode von Pulfrich finden besonders berücksichtigung; gleichwie die Methode von Friedrich W. Fröhlich. Gegen die letztere Methode wird kritisch der Einwand gemacht, die nach dem Verfahren von Fröhlich gefundenen Zeiten könnten nur Werte für die Latenzzeit bei der Bewegungsempfindung sein; dies auch nur bei der Annahme der Voraussetzung, dass der in einem bestimmten Zeitpunkte am bestimmten Ort gesehene bewegte Spalt auch physikalisch zu dem Zeitpunkte der Messung an dem Orte da ist. Diese Voraussetzung für den Zeitpunkt der Messung scheint den Verfassern bei Fröhlich stillschweigend gemacht geworden sein. Die stereophotometrische Messmethode von Pulfrich ist an einigen nach Angaben der Verfasser konstruirten einfachen und exakten Apparaten versucht geworden für theoretische und angewandte Fragen allgemeiner nützlich zu machen. Die Rolle der Thelligkeitsdifferenz bei der bewussten Beurteilung der Reihenfolge von dargebotenen sukzessiven optischen Reizen ist experimentell behandelt. Auch ist über eine Versuchsreihe berichtet, in welcher die Methode der Reaktionszeiten zur Bestimmung der latenten Empfindungszeit bei optischen Reizen verwertet wurde. Die Rolle der differenten Adaptation (für dunkel das eine Auge, für hell das andere) bei der Stereoscopie bewegter Gegenstände ist Gleichfalls experimentell behandelt.

Literatūra.

1. G. O. Berger. Ueber den Einfluss der Reizstärke auf die Dauer einfacher psychischer Vorgänge mit besonderer Rücksicht auf Lichtreise („Wundt's Philosophische Studien". 1886, B. III).

2. Friedrich W. Fröhlich. Ueber die Messung der Empfindungszeit. („Zeitschrift für Sinnesphysiologie". 1922, B. 54).

3. Friedrich W. Fröhlich. Ueber die Abhängigkeit der Empfindungszeit und des zeitlichen Verlaufes der Gesichtsempfindung von der Intensität, Dauer und Geswindigkeit der Belichtung. („Zeitschrift für Sinnesphysiologie". 1922, B. 55).

4. Andreas Korácz. Ueber den Einfluss der Dunkeladaptation auf die Empfindungszeit und den seitliche Verlauf der Gesichtsempfindung. („Zeitschr. f. Sinnesphysiologie". 1922. B. 54).

5. Carl Pulfrich. Die Stereoskopie ein Dienste der Photometrie und Pyrometrie. Berlin. Jul. Springer 1923

6. J. Vabalas-Gudaitis. Referatas, skaitytas VIII Pslchologų kongrese Leipcige 1923 m. („Tauta ir Žodis", 1924, Nr. 2).

Dr. S. Laurinavičius.

(Iš „Įvados į vid. medic." klinikos. Ved. prof. J. Bagdonas).

Du plaučių vėžio atsitikimai.

Mano nagrinėjami ligoniai su plaučių vėžiu vaizduoja įdomius retų susirgimų atsitikimus, kurių tikra diagnozė labai sunku nustatyti ligoniui gyvenant.

Pirmasis šios ligos atsitikimas buvo aprašytas 80 metų atgal Ebštein'o. Ligi paskutinio laiko kasmet literatūroje pasirodo atskirų kazuistinių atsitikimų aprašymų ir disertacijų, pašvęstų daugiausia plaučių vėžio diagnostikai ir klinikai.

Kad ši liga atsitinka retai, vienu balsu nurodo visi patologo - anatomai ir statistiniai daviniai. Antai, Herrich'as ir Popp'as iš 1.121 skrodimų atradę 6 atsitikimus, arba 0,53⁰/₀ pirminio plaučių vėžio. Reinhard'as iš 8.716 skrodimų Drezdeno ligoninėje nuo 1852 iki 1876 metų radęs tik 5 atsitikimus pirminio plaučių vėžio. H. Pässler'is iš 9.246 skrodimų radęs 16 vėžio atsitikimų. Surinktais statistikos daviniais 59.173 skrodimams pirminio plaučių vėžio pasitaiko 114 atsitikimų, t. y. ne daugiau kaip 0,19⁰/₀; į tą skaičių įeina tiek paties plaučių audinio vėžys, tiek ir bronchų.

Pats savaime pirminis bronchų vėžys sutinkamas daug rečiau. Anot S. West'o, iš 11 atsitikimų bronchų vėžio tik 6 atsitikimuose buvusi be abejonės įrodyta vėžio kilmė iš plaučių bronchų.

D-ro Vaiciuškos disertacijos santraukos daviniais santykiai tarp įvairių plaučių navikų matyti iš sekamos lentelės:

Cancer pulmon.		Sarcoma pulm.		Tumor pulm.	
Pirmin.	Antrin.	Pirmin.	Antrin.	Pirmin.	Antrin.
461 ats.	32 ats.	86 ats.	24 ats.	99 ats.	4 ats.

Iš šių davinių matyti, kad antrinis plaučių vėžys yra aprašytas ligi šiol kliniškoj literatūroje 14 sykių rečiau, negu pirminis plaučių vėžys. Tokie santykiai nesutinka su žinomais patologinės anatomijos daviniais, iš kurių aiškiai matyti, kad pirminis plaučių vėžys sutinkamas daug rečiau, negu metastazinis plaučių vėžys (Strümpel'is A. Backmeister'is, G. West'as, Nikiforov'as, M. Schmaus'as). Šis prieštaravimas gali būti aiškinamas tuo, kad į lentelę buvo įtrauktos tik susektos klinikoje plaučių vėžio metastazės, kas tikrenybėje labai sunku pažinti.

Išskiriama: 1) bronchų vėžiai, kurie išsivysto iš stambiųjų ir vidutiniųjų bronchų epitelio ir duoda metastazių į bronchines liaukas ir platinasi bronchų šakomis plaučių audinyj; 2) pačių plaučių vėžys, kuris išsivysto iš plaučių epitelio. Patologo — anatomiškasis plaučių vėžio vaizdas labai įvairus.

Iš 61 atsitikimų, surinktų West'o, susirgusių vyrų buvę 47, moterų — 14; tuo būdu santykis tarp susirgusių vyrų ir susirgusių moterų lygus 3 : 1. Anot Hasse ir Reinhardt'o, šie santykiai lygus 2 : 1; anot Köhler'o — 5 : 3.

Plaučių vėžys, kaip ir kitų organų vėžys, dažniau atsitinka po 40 metų amž.: anot Reinhardt'o, skaičiaus susirgusių iki 40 metų amž. sutinkąs su skaičiumi po 40 metų kaip 3 : 1. Pats ankstyviausias atsitikimas aprašytas M. Aldowie pas vaiką 5½ metų.

Jų lokalizacijoje nepavyksta pastebėti kurio nors taisyklingumo. Wilson Fox'o statistinių lentelių santrauka rodo, kad dešiniojoj plaučių pusėj vėžio procesas buvęs 49 atsitikimuose, kairiojoje — 32; iš skaičiaus pačių plaučių vėžio 13-oje atsitikimų vėžio procesas buvęs viršutinėje plaučio dalyje, 6 — vidurinėje, 12 — apatinėje ir 5 — visoj plaučių pusėj.

Sąryšyje su įvairiu patologo - anatomiškuoju vaizdu plaučių vėžiai duoda neaiškius ir įvairius kliniškus reiškinius.

Diagnozė šių susirgimų nelengva. Antai, Sehrt'as savo darbe 1912 metų iš 178 atsitikimų radęs tik 6 atsitikimus, kada plaučių vėžio diagnozė buvo tikrai pastatyta dar tebegyvenant ligoniui.

Patognomoniniu simptomu laikoma radimas naviko elementų (būtent, vėžio narvelių) skrepliuose, arba pleuritiniame eksudate, arba medžiagoj, gautoj punkcijos pagalba (Strümpel'is, Backmeister'is, Goldscheider'is).

Anot Staechelin'o, plaučių vėžio diagnozė galima patvirtinti kai kada tracheo-bronchoskopija ir ištyrimu limfinių liaukų, kuriose gali būti metastazių ir kuriose, be abejo, galima rasti naviko struktura. Bet limfinės liaukos, kurios galima apčiuopti viršui lankelio (clavicula) ir axillarinėje duobutėje, būna įtraukiamos į procesą $^1/_4$—$^1/_2$ atsitikimų (Lenhartz). Bronchų vėžys duoda metastazių dažniau negu plaučių vartų arba pačių plaučių vėžys. Anot Wolf'o, iš 8 plaučių vėžio atsitikimų 6 atsitikimai nedavę metastazių, bet iš 25 atsitikimų bronchų cancer'o davę metastazių į limfines liaukas 21 atsitikimai. Nepadidintos limfinės liaukos dar ne pažymys, kad vėžio nėsama. Dar rečiau plaučių vėžys duoda metastazių paviršutiniuose pilvo raumenyse arba poodinėje narvelienoje (Pässler'is).

Kliniški reiškiniai. Ligoniai patenka pas gydytoją jau toli ligai įsigalėjus. Hedinger'is yra aprašęs 3 plaučių vėžio atsitikimus, kurių pirmiausi susirgimo reiškiniai buvę pastebėti už 3—4 savaičių prieš mirtį, nežiūrint į tai, kad procesas buvęs išsiplėtęs ir viename atsitikime infiltravęs visą kairįjį plautį.

Pradžios simptomams galima priskirti ilgą sujaudinantį kosulį su mažu kiekiu gleivinių stiklo pavidalo skreplių. Skreplių kiekis paprastai negausus. Neretai pirmame reiškinyje randasi nudažytų krauju skreplių, kurie ilgą laiką būna iš ryto (Backmeister'is). Kiti autoriai laiko chrakteringais skreplius aviečių želės pavidalo (Stokes) ir kitų antspalvių, kaip rausvos, tamsiai raudonos, šapraninės ir p. (Lenhartz). Bet šis pažymys negalima laikyti patognomoniniu todel, kad panašios išvaizdos skrepliai gali būti kitų susirgimų atsitikimais, kaip džiovoje, pradžioje pneumonia caseosa subacuta, aktinomikozės, isterijos (Schwalbe) ir kitais atsitikimais, kada yra sąlygų, kuriomis nudažyti krauju skrepliai atkosiami ne tuojau, bet trumpesnį ar ilgesnį laiką jie yra gulėję kvėpavimo takuose ir kraujuotas pigmentas suspėjęs pakeisti savo spalvą. Anot Bonetty, kraujo priemaiša atsitinkanti šiek tiek dažniau negu pusėj visų atsitikimų.

Mikroskopo pagalba skrepliuose retai tegalima rasti sudėtinių naviko dalių; atvirkščiai, daug dažniau randama didelių narvelių, kurie turi daug perlaužiančių šviesą riebių kūnelių. Panašūs „Fettkörnchenkugeln" skiriasi didumu ir spindėjimo smarkumu nuo „Myelintropfen" ir turi būti priskiriami degeneruotų vėžio narvelių rūšiai (Backmeister'is). Bet pažinti šiuo pagrindu plaučių vėžio negalima (Ebstein'as); visgi, jeigu atsiradimas „Fettkörnchenkugeln" regularus, tai šis jau yra svarbi diagnostikai pagalba (Schwalbe).

Buvimas tuberkulozės lazdelių skrepliuose dar nereiškia, kad nėsama vėžio. Senobinė Rokitansky'o nuomonė, kad tbc. ir cancer drauge negalį būti, atmesta darbais Wolf'o, kuris yra aprašęs du atsitikimu, kur vėžys išsivystęs viduje chroniškų plaučių kavernų, ir kuris radęs tuberkuliozinį pakitimą 13 atsitikimų iš 31 plaučių vėžio atsitikimų. Bet pats Wolf'as mano, kad nuolatinis nebuvimas tuberkuliozės lazdelių, akyvaizdoje atatinkamų kitų simptomų, patvirtinąs vėžio diagnozę.

Iš kitų plaučių vėžio simptomų pažymėtini šie: jausmas ankštumo krūtinėje, dusulys, kuris gali būti aukšto laipsnio, jei suspaudžia bronchų spindį (Fraenkel'is). Anot Wolf'o, dažniausiai dusulio nebūną visai. Neuralginiai skausmai gali būti įvairaus intensyvumo — nuo vos jaučiamų ligi labai smarkių; šie skausmai neretai būna labai smarkūs ir atkaklaus pobūdžio (Hoffmann'as). Dažniau negu kitos atsitinka tarpšonkaulinė neuralgija.

Karščiavimas prie plaučių vėžio nevaizduoja nieko charakteringa. Esant gryniems plaučių vėžio atsitikimams karščio nebūna. Karštis atsiranda su infekcija arba įsisiurbiant į kraują naviko griuvimo produktams, be to, karščiavimas priima atokritinį pavidalą (Hameln'as).

Kacheksija prie plaučių vėžio įvyksta daug vėliau, negu esant virškinimo organų vėžiui (Hermann'as ir Ebstein'as). Bet esti atsitikimų, kada kacheksija įvyksta anksti ir būna viena pirmųjų aiškių pažymių, kuri verčia manyti cancer'į esant.

Kompresijos reiškiniai. Jeigu būna suspaustos krūtinės ląstos venos, tai atitinkamoje pusėje turime paviršutinių venų išsiplėtimą. Spaudžiant į veną cava superior arba į vieną jos vyriausių šakų, patįsta veidas, kaklas, krūtinės sienelės arba viršūtinės galūnės. Poodines venos šiose vietose išsiplėtusios. Prispaudimas trachėos arba vyriausiųjų bronchų duoda tracheinės arba bronchinės stenozės reiškinių.

Spaudimas į plexus brachialis sukelia smarkius neuralgiškus skausmus, paresis atitinkamos galūnės.

Komplikacijos prie plaučių vėžio užeinamos dažniau iš plėvės pusės. Kada procesas pereina į plėvę, dažniausiai išsivysto eksudatai, kurie būna hemoraginio pobūdžio. Nors hemoraginis eksudatas atsitinka ir prie tbc., bet jo atsiradimas pas pagyvenusius žmones turi įkvėpti mintį apie piktybinį naviką.

Paties naviko griuvimas, kuris savaime nekrozės neduoda, bet dėliai prisijungusios infekcijos duoda gangrenos vaizdą (Phthisis carcinomatosa). Bericht'as ir Fränkel'is yra aprašę 3 plaučių vėžio atsitikimus, kada dar gyvenant ligoniams buvusi nustatyta diagnozė gangrena pulmonum, empyema, pneumonia chronica.

Perkusija ir auskultacija nieko charakteringa neduoda. Fischl-Defo sako: „Jei tyrinėdami mes radome aiškų pribukimą, kuris nelydimas karščio, ir jei su šiuo alsavimo užesiai sustiprinti, arba pereina į bronchinį alsavimą, arba girdžiami karkalai, o rentgenologiniai tyrimai rodo ryškiai aprubežiuotus užtemimus įtariamoje vietoje, tai turime manyti plaučių vėžį esant".

Iš viršminėto matyti, kad pažinti plaučių, o ypač bronchų vėžys yra labai keblu. Dažniausiai nebūna nė vieno patognomoninio simptomo ir diagnozė tenka, statyti remiantis visais esamais simptomais.

Diagnozei turi nemažos raikšmės ir Rentgeno peršvietimas. Peršviečiant R-spinduliais galima patvirtinti naviko buvimas, sužinoti jo vieta ir dydis, bet ne nustatyti diagnozė: kaip antai Rentgenas neišsprendęs klausimo viename atsitikime bronchų vėžio — Holzknecht'ui ir 2 atsitikimuose bronchų vėžio — Weinberger'ui.

Rentgenogramose randamas gan žymus šešėlis su aiškiai išreikštais kraštais. Hilus'o navikas duoda įsikišusį iš plaučių vartų į plaučių lauką apréžtą šešėlį (konvex). Bronchų vėžys duoda šešėlį dažniausiai arčiau plaučių centro, kuris užima didesnę ar mažesnę dalį; pasitaiko matyti griuvimo procesų vietų.

Objektyviai patvirtinti teisingai pastatytai diagnozei dera W. Schilling'o „haemograma". Anot V. Damarus'o, prie vėžio išsivystanti anaemia ir leukocitų skaičius esąs padidintas, o ypač neutrofilų. Limfocitų ir eozinofilų skaičius vėlybesnėse stadijose mažėjąs. Hirschfeld'as yra tos nuomonės, kad neutrofilinė leukocitozė esanti tikras cancer'o požymys. Anot Negeli'o ir W. Schilling'o, plaučių vėžiui esą charakteringa hyperleukocytosis ir neutrophilia.

Išdėstęs bendrus plaučių vėžio klinikos davinius, aprašysiu savo du atsitikimu.

1. KAZAKAUSKAS VACLOVAS, 46 metų, įstojo V. Kauno Ligoninėn 1924 m. vasario 8 dieną. Skundžiasi: bendru silpnumu, skausmais kairiojoj krūtinės pusėje, sausu kosuliu, kojų skaudėjimu. Ligi 1924 metų I. 4. d. buvęs sveikas. Sausio 4 dieną staiga apsirgęs: pradėjęs smarkiai skaudėti pilvas; prieš tai ligonis suvalgęs daug duonos, svogūnų ir aliejaus; priėmus įvairių vaistų, pilvas nustojęs skaudėjęs, bet nuo to laiko prapuolęs apetitas ir užsiturėję viduriai, dėliai ko be klizmos nebegalėjęs eiti laukan. Savaitei praėjus "atėmę" kojas. Šlapimo kiekis sumažėjęs; šlapimas buvęs raudonos spalvos su baltymu (tyrinėjęs d-ras Isersonas). Beveik tuo pačiu laiku atsiradę skausmai kairiajam šone, kosulys; skrepliuose keletą kartų pasirodę kraujo. Liga ėjusi tolyn, ligonis silpnėjęs ir del didelių skausmų nebegalėjęs apsiversti lovoje, ir ligonis įstojęs ligoninėn.

Anamnezė. Lues'o nebuvę. Alkoholizmas — iki vokiečių okupacijos negėręs visai; pradėjęs gerti tik 1918 metais ir gėręs vidutiniškai; bet paskutiniaisiais metais ėmęs vartoti svaiginamųjų gėrimų labai daug ir dažnai. Rūkąs nuo 19 metų amžiaus; paskutiniaisiais metais rūkydavęs daugiau negu ankščiau; pavyzdžiui, į parą išrūkydavęs 40—50 papirosų. Gyvenąs visą laiką mieste. Kūdikystės amžiuje sirgęs tymais ir kirminais; 1912 metais sirgęs vidurių šiltine. Paskutiniuoju laiku tarnavęs policijoje, bet del nusilpnėjusios sveikatos 1923 metais birželio mėn. turėjęs atsisakyti iš tarnybos. Jau tada ligonis pastebėjęs, kad jo sveikata šiek-tiek pablogėjusi.

St. praesens. Ligonis aukštesnis negu vidutinio ūgio, blogo mitimo, kacheksinės išvaizdos, oda silpnai rusvos spalvos. In regione sacrali nedidelis decubitus. Turgor vitalis susilpnintas. Cianozės, išbėrimų nėra. Dažnai prakaituoja. Liežuvis apdėtas. Apetitas — gana geras. Oran eina kasdien savaime, šlapinasi 2—3 syk per dieną. Pilvas neišpūstas; jame skausmingų vietų nerasta. Kepenos išeina iš po šonkaulių $1^{1}/_{2}$ pirštu ties l. mamillaris; kepenų kraštas lygus, aštrus, neskausmingas. Lien — neapčiuopiama. Hernia inguinalis sinistra. Prostata nepadidinta.

Širdis: Širdies ribos neišplėstos; absoliutinės ribos 2 santim. diametro; tonai gana duslūs; pulsas 92 per minutę, vidutinio pilnumo, sinchroninis, ritmingas. Arteria radialis sklerozuota vidutiniškai.

Plaučiai: Apatinė riba — normoje. Aktyvus judėjimas — 2 santimetru. Kair. plaučio riba ties l. scapul. sin. — X šonkaulis. Abi viršūnės stovi vienodame aukštume. Fossae supra-et subclavicullares — įdubusios. Dešiniojoj viršūnėje iš priešakio stiprus išalsavimas; decrescendo eina žemyn iki 4 šonkaulio. Iš kairiosios — taipogi yra išalsavimas iki 3 šonkaulio, bet čionai kvėpavimas silpnesnis negu iš dešiniosios pusės. Užpakalyj iš kairiosios pusės po mentės kampu silpnas pribukimas, netaisyklingos formos; fremitus pectoralis tenai vos silpnesnis sulyginti su dešiniąja puse; ligoniui kosint ten girdėti drėgnų karkalų; apskritai, alsavimas gana silpnai girdėti. Dešiniojoj pasitaikė keletas sausų karkalų. Skrepliai esą sunku atsikosėti.

Šlapime nei baltymo nei cukraus nėra.

Wassermann'o reakcija negatyvi.

Nervų sistema: Patellarin. reflexai susilpnėję; ištempiant kojas dideli skausmai n.n. ischiadici srityj iš abiejų pusių (Leségue'o simptomas). Viršutinių galūnių tremor, nedidelė ataksija, Babinskis negatyvus. Kairiojoj krūtinės pusėje hiperestezija. Spaudžiant šonkaulių tarpai skausmingi (Neuralgia intercostalis).

Ligos eiga. 1924 metais II. 11—12 d. Savyjauta vidutiniška; šonai labai skauda (neuralgia). Coffeinas + Codeinas. Šildomasis kompresas.

II. 13—16 d. Vakarais t^0 pakyla iki $39,^02$ — $38,^02$; iš ryto t^0 — normali. Oran eina po 2—3 sykius per dieną. Šonai mažiau skauda. Alsavimas 26 per minutę. Ligonis patsai jau nebegali atsikelti. Apetitas blogas. Skauda decubitus. Ung. xeroformii decubit'ui. T-ra nuc vomicar. + T-ra chinae composita.

II. 17 d. Kairiajame plautyje užpakalyje žemiau mentės kampo pribukimas, kuris apatin. krašto nesiekia; jame girdima drėgnų karkalų tik atsikosėjus. Širdyje — sistolinis švelnus ūžesis ties viršūne. Širdies ribos normoje.

II 18 d. Pribukimas kiek intensyvesnis. Fremitus pectoralis silpnas; aplink yra zona gana aiškaus perkutorinio garso. Bandomuoju dūriu ties pribukimu gauta apie 1 ccm. kraujuoto skysčio.

II. 19—20 d. Ligonis blogėja. Kacheksija padidėjo. Rentgeno peršvietimas: "Abiejų hylus'ų srityj stambios dėmės; kairiojoj pusėj dėmės stambesnės ir tamsesnės". (Gyd. Kalvaitytė).

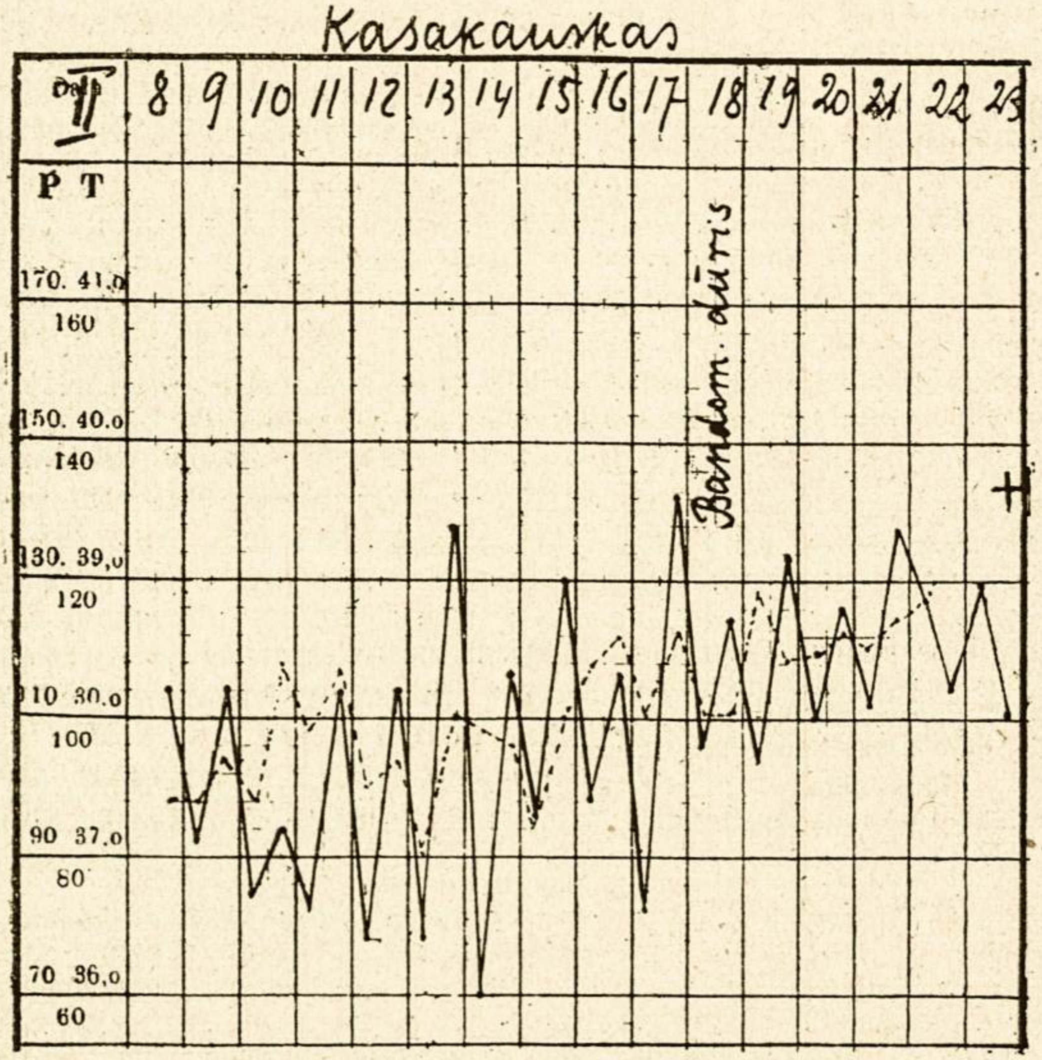
II. 21 d. Padaryta rentgenograma, kurioje matyti: "Abi viršūnės dėmėtos. Kairioji pusė mažiau spindulių pereinama negu dešinioji. Užtemimas stiprus žemutinėse dalyse. Pirmojo šonkaulio aukštume, skaitant iš priešakio, kairiojoj pusėje yra pupos didumo vieta, stipriau spindulių pereinama, su, palyginti, aiškiais ir nelygiais kraštais". (Gyd. Kalvaitytė).

II. 22 d. Pribukimas gana intensyvus ir siekia apatinį kair. plaučio kraštą; žemiau mentės kampo yra apvalios formos timpanito plotas, delno didumo. Oran eina 1—3 sykius per dieną po savim. Pulsas 110—120, dažnas, silpno pilnumo. Ol. camphorae.

II. 23 d. Ligonis iš vakaro be sąmonės; alsavimas paviršutinis. Širdies tonai duslūs; pulsas filiformis apie 136 per minutę.

11 valandą vakare mirė.

Žemiau dedama ligonio temperatūros ir pulso lentelė (pulsas pažymėtas pertraukta linija).



Kazakausko Vaclovo temperatūros lapelis.

Šitame atsitikime metasi į akis labai sunkus ligonio stovis, kacheksija ir, sulyginti, maža reiškinių plaučiuose, kaip antai, nusilpnintas alsavimas. Prieš t. b. c. kalbėjo plaučių reiškinių netipingumas ir nereikšmingumas: ten nebuvo nei karkalų, nei skreplių; žodžiu, mažiau negu galima buvo laukti paskutiniojoj džiovos stadijoj. Anot Pässler'io, ligonis, sergąs vėžiu, ir skiriasi nuo ligonio džiovininko tuo, kad pirmojo savyjauta, caeteris paribus, daug blogesnė. Bandomuoju dūriu išskiriama empyema ir pleuritis incapsul. Negatyvi Wassermann'o reakcija atmeta lueso procesą plaučiuose. Nusilpnintas alsavimas galima buvo aiškinti bronchų stenoze. Kai kurie autoriai susilpnėjimą alsavimo laiko vienu pirmųjų simptomų, kurie galima pastebėti plaučių vėžiui esant (Strümpel'is). Neuralgiae intercostales taipogi galima buvo aiškinti spaudimu. Iš šitų pagrindinių simptomų, būtent: 1) kacheksijos, 2) nusilpnėjusio alsavimo, 3) neuralgijos, 4) trumpo ligos tęsimosi, — galima buvo spėti naviką esant kairiajame plautyje. Peršvietimas Rentgen'o spinduliais patvirtina mintį apie naviką. Kadangi liga vystėsi greit ir ėjo kasdien blogyn, galima buvo spėti tik piktybinį naviką esant.

Pasiliko neišaiškinti šie simptomai: išsivystęs ligos eigoje pribukimas apatinėje dalyje iš kairiosios pusės ir timpanito plotas. Kai del pribukimo, tai jo atsiradimas galima buvo išaiškinti West'o žodžiais: „jei navikas prispaudžia bronchus, kraujagysles arba limfinius indus, tai dalys, susiduriančios su suspaustais indais, žymiai pasikeičia. Jei įvyksta visiškas bronchų užkimšimas, tai tada atitinkama plaučių dalis sukrinta ir darosi edematozinė. Jeigu su bronchais suspausti ir kraujo indai su limfiniais indais, tai tada plaučiuose išsivysto „tamprus tinimas“ (sklandi oedema), t. y. plaučiuose nepasilieka oro, o jų indai persipildo eksudato; drauge gali įvykti subakutinis įdegimas ir tuo būdu susidaro salelės, primenančios bronchopneumoniją. Laikui bėgant sukietėjusiųjų vietų centrinės dalys gali degeneruoti, nekrozuoti, ir tuo būdu gangrenos proceso vietoje išsivysto kaverna“. Rösenberg'as yra aprašęs atsitikimą, kuriame panaši tuštuma siekusi vaiko galvos dydžio.

Iš statistikos davinių matyti, kad pirminis plaučių vėžys atsitinka 5 sykius dažniau negu pirminė plaučių sarkoma (Vaičiuška). Remiantis šiais daviniais ir rentgenograma su R-peršvietimu, mūsų diagnozė: pirminis piktybinis plaučių navikas (tumor), veikiausia vėžys.

Diagnosis anatomica. Broncho carcinoma pulmon. sinistri. Stenosis bronchi secundi ordinis ejusdem pulmonis carcinomatosa. Bronchopneumonia purulenta confluens lobi infer. pulm. sin. Caverna gangrenosa marginis posterioris lobi infer. ejusdem pulm. Synechiae apicum pulmonis utriusque e tuberculosi chronica. Hyperaemia et oedema pulmonum. Metastases carcinomatosae gland. bronchial., tracheal., retro - peritoneal. (peripancreatic. et mesenteric.) atque hepatis. Atrophia lienis, renum, cordis. Synechiae vv. aortae post endocardit. chron. recurentem. Hernia inguinalis dextra. Cachexia (prof. Vinteleris).

Epicrisis. Šitame atsitikime mes matome prieštaravimą Rokitansky'o nuomonei, kad plaučių vėžys ir tuberkolozė ne taip retai atsitinka.

II. PAPLAUSKAS JONAS, 56 metų, įstojo į Valst. Kauno Ligoninę 1924 m. kovo 10 d.

Nusiskundimai. Skausmai kairiajame šone, kairiojoje rankoje, bendras silpnumas. Laiko save sergančiu 4 mėnesius.

Dabartinė liga. Pusė metų atgal ligonis ėmęs jausti didelius skausmus peties sąnaryj, keliant ranką aukštyn. Nežiūrint į stiprius skausmus, ligonis galėjęs dirbti gelžkelio dirbtuvėje 1923 met. lapkričio mėn. apsirgęs smarkiau: t^0 pakilusi iki 38^0, skaudėjusi krūtinė ir buvęs didelis kosulys. Išgulėjęs 2 savaiti namie, ligonis pasitaisęs ir vėl stojęs darban. Nuo 1924 metų I. 19 d. iki II. 8 d. vėl gulėjęs 2 savaiti namie, tuo laiku labai skaudėjusi nugara ir kairioji ranka; pasitaisęs šiek-tiek ir dirbęs iki III. 7 d., potam del didelių skausmų kairiojoj krūtinės pusėje ir kair. rankoje ligonis vėl turėjęs atsigulti. Dusulio nebuvę. Smarkių skausmų priepuolių per visą ligą nebuvę. Namie gydęsis visą laiką pas gelžkelio gydytoją, kuriam patarus atvykęs į ligoninę gydytis.

Paveldėjimas. Ligonio tėvas miręs 65 metų amžiaus, senatvėje. Motina mirusi 70 metų amžiaus, dažnai sirgdavusi viduriais; prieš mirsiant buvęs išaugęs kažin koksai navikas pilve. Brolių buvę 4: ligonis — vyresnysis šeimoje; 2-sis brolis miręs 2 met. amžiaus nuo difterijos; 3-iasis brolis miręs 19 metų nuo kaulų t. b. c. (džiovos), vienas brolis sveikas. Turėjęs 2 seseri: viena mirusi 4 metų nuo difterijos, antroji sesuo sveika. Tarp giminių ligonių su vėžiu, lues'u, psichinėmis ligomis nebuvę.

Anamnezė. 13 metų būdamas, jis sirgęs šiltine; 14 metų — tymais; 1904 metais — reumatizmu. Lues'u nesirgęs. Alkoholizmas: degtinę gėręs nuo 20 met. amžiaus vidutiniškai tik kompanijose ir šventėmis. Tabaką stipriai rūkąs nuo 18 met. amžiaus iki paskutinės ligos (1/2 svaro per 3 dienas). Iki 23 met. amžiaus ligonis gyvenęs kaime, sunkiai dirbęs, kaip prastas darbininkas. Nuo 23 metų persikėlęs į miestą ir dirbdavęs paskutinius 29 metus gelžkelio dirbtuvėse, kuriose tekdavę visada dirbti dulkėse ir dažnai traukimui esant. Ligonis vedęs; turi 4 sūnus ir 1 dukterį; visi vaikai sveiki; pas žmoną abortų nebuvę. Lues'u ir kitomis veneros ligomis ligonis nesirgęs.

St. praesens. Ligonis aukšto ūgio, blogo mitimo; poodinė narveliena blogai išsivysčiusi; turgor vitalis nusilpnintas; oda riebi, daug comedo ant veido. Liežuvis truputį apdengtas; apetitas blogas, pavalgęs atsirūgstąs; nevemiąs; oran einąs kasdien savaime.

Pilvas neišpūstas. Palpuojant skausmingų vietų nerasta. Kepenos neapčiuopiamos; tulžies pūslės srityj spaudžiant skausminga. Blužnis (lien) nepadidinta.

Plaučiai: dešiniosios plaučių pusės apatinė riba ties l. mamillar. juda tik 2 santimetru; abi viršūnės stovi lygiai, iš užpakalio prie 7 kaklo slankstelio. Krönig'o juosta nesumažinta. Apatinė plaučių riba: ties l. mamillaris dextra — VI šonkaulis; ties l. axillaris dextra — VIII šonkaulis; ties l. scapularis sin. et dextra — XI šonkaulis. Iš kairiosios pusės išalsavimas iki 2 šonkaulio pryšakio; apatiniojoj dalyje ties mentės kampu pastebėta keletas sausų karkalų ir tenai, palyginti, susilpnintas alsavimas.

Širdis: Širdies reliatyvios ribos: kairioji — vidun nuo l. mamillaris sinistra 1 1/2 santim.; dešinioji — dešin. kraštas sternum; viršutinioji — III—IV šonkaulis ties lin. parasternalis.

Širdies absoliučios ribos: viršutinė — 5 šonkaulis; dešin.—kair. kraštas sternum; diametras = 4 sant.

Auskultacija: nukrypimo nuo normos nepastebėta. Pulsas lygus, sinchroninis, vidutinio pilnumo; ritmingas; art. radialis sklerozuota. Kraujo spaudimas: Riva-Rocci max. — 104; min. — 75 (art. brachial. dex.). Simptomo Oliver-Cardareli nėra.

Dešiniojoj krūtinės pusėje venos žymiai išplėstos, o taipogi ir dešiniajame petyje, kas ypač aiškiai matyti ligoniui stovint.

Kraujo tyrinėjimas. Hemoglobino sulig Sahli — 61%; eritrocitų — 3.415.000; leukocitų — 12.180; Index 0,88. Kraujo plokštelių (Bizzozezo) — 250.000 viename kūb. milimet., kraujavimo laikas sulig W. Duke 1 1/2 minut. Jodgummi reakcija silpnai pozityvi.

Haemogramma pagal W. Schilling'ą:

Leukocitų skaičius	Bazofilų	Eozinofilų	Neutrofilų				Limfocitų	Monocitų	Pastaba.
			Mielocitų	Jaun. form. (Jugendl.)	Nepribrend. (Stabkern.)	Pribrend. (Segment.)			
6 — 8000	1	3	—	—	4	63	23	6	Normoje
12.180	0,6	1,4	—	—	9	69	15,8	4,2	

Wassermann'o reakcija — negatyvi (V. Hig. bakt. Inst.).

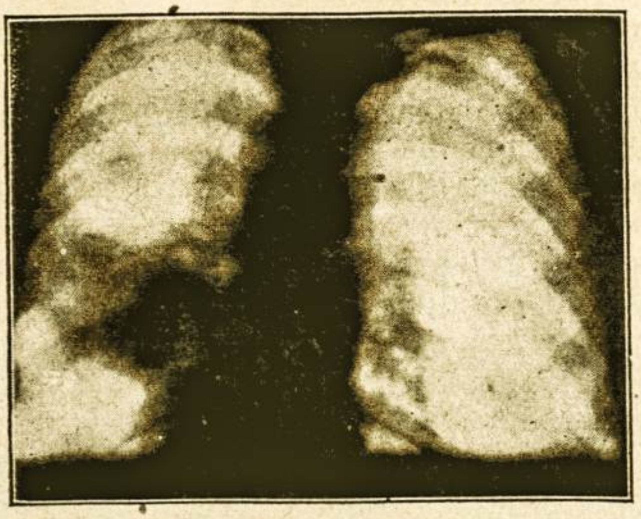
Pirquet'o reakcija — silpnai pozityvi.

Galūnės: patellariniai refleksai — normoje; kair. peties parezė ir deltoideus'o biceps'o ir triceps'o atrofija; dešiniojo žasto storumas — 22 santimetrai, o kairiojo tokiame pat aukštume — 20,5 sant. Anastezijos nėra. Dideli skausmai spaudžiant plexus brachialis srityj; raumenys neskausmingi. Limfinės liaukos in fossa supraclaviculari sin. patinusios; atskiros, kietos, žirnio iki mažos pupos dydžio. Kitose vietose liaukos nepadidintos.

Šlapimo analizė: lyginamasis svoris — 1.012; reakcija — silpnai rūkšti; baltymo — pėdsakai; cukraus — nėra; sedimente rasta: 1) leukocitų 10—13 vienam matymo lauke, 2) hialininių cilinderių maža, 3) cilindroidų, 4) kristalų natr. urici, 5) kokų. Ligonis šlapinasi laisvai.

Skreplių analizė: lazdelių tbc. nerasta; naviko elementų nerasta; aktinomikozės nerasta.

Rentgeno spinduliais peršvietimo (VII. 15) daviniai: "Kairiojoj plaučių pusėj septintajam tarpkaulyj, skaitant iš užpakalio, yra apskrita vidutinio obuolio dydžio vieta, silpnai spndulių pereinama, su aiškiai išreikštais kraštais. Hyliai vidutiniai išreikšti, aiškios druožės nuo jų eina į viršūnes ir į diafragmą. Širdis ir stambieji kraujo indai be matomų permainų" (gyd. Kalvaitytė). (Žiūr. rentgenogramą).



Lig. **Paplausko plaučių rentgenograma.**

Ligos eiga. 24. III. 13 d. Patinusios liaukos in fossa supraclaviculari dext.: per dieną dar patino kirkšnių liaukos iš dešiniosios pusės — jos turi gana kietą konsistenciją, skausmingos. Kairioji ranka labai skauda, del to ligonis negalėjo miegoti. Pyramidonas + Codeinas. Šildomasis kompresas (ant kair. peties sąnario).

III. 14—17 d. Apetitas blogas. Priėmus pyramidono skausmai mažėja, ir ligonis gali miegoti. Svoris 55 klgr.

III. 18—20 d. Status idem. Kraujo spaudimas (Riva-Rocci) — 104 max. ir 75 min.

III. 25 d. Neuralginiai skausmai šone ties širdžia. Kairiojoj pusėj apatinėj plaučių dalyj sausas pleuros trynimasis, (šildomasis kompresas ant kair. šono).

III. 30 d. Skausmai paaštrėjo kairiajame petyje. Užturėjimas vidurių (3 dienas "viduriai neveikę"). In fossa supraclaviculari dextr. galima apčiuopti atskiros liaukos, kurios yra pasidariusios dar kietesnės konsistencijos. Naktį prakaitavo. Klizma.

III. 31 d. Kepenų srityj diegliai, kurie ūmai po nakties atsirado. Ligonis negali pasikrutinti, dešinysis šonas negalima nė palpuoti. Sol. Pantoponi 1% — 0,75 ccm. po oda. Šildomasis kompresas.

IV. 1 d. T° — 39°,1. Skausmai dešiniajame šone sumažėjo.

IV. 2 d. T° dar 38°,3 — 38°,8. Nosies sloga. Galvos skaudėjimas.

IV. 3—5 d. Temperatūra krito. Kairiajame šone sausi karkalai. Biopsija: iš kair. fossa supraclavicul. ekstirpuota viena liauka (dr. Zacharinas).

Šiame atsitikime, turint Rentgeno peršvietimo davinius, teko manyti apie tumor pulmonum, tumor mediastini, aneurizma, echinococcus, abscessus, gangraena, tuberculosis, pneumonia chronica, lues ir actinomycosis.

Neigiama Wassermann'o reakcija, neigiami rezultatai tyrinėjimo aktinomikozės atmeta lues'o ir aktinomikozės procesus.

Prie tumor mediastini skausmai atsiliepia užpakaly sternum, užeina žymus (suvaržymo) spaudimo jausmas, arba pailginimo inspiracijos, stridor, disfagia, cyanosis, hydrops, balso užkimimas, anisocoria; R - peršviečiant tokiais atsitikimais randama užtemimas abiejose sterni pusėse, kuris su neaiškiais kraštais pereina į plaučius. Šių simptomų nesant, tai nėra ir mediastino tumoro.

Kad aortos aneurizmos nėra, rodo Oliver - Cardarelli simptomo nebuvimas, sinchroninis pulsas.

Prieš echinokoką kalba mažas nuošimtis kraujo eozinofilų; esant echinokokui pirmaeiliai esti dispnoe, dažnai aukšta temperatūra; kaip komplikacija, išsivysto haemonephritis ir urticaria (Matthes).

Prieš gangreną ir abscesą kalba skreplių kokybė: juose nerasta nei elastinių skaidulų, nei riebių rūkščių kristalų; skrepliai nedvokia. Jodgummi - reakcija davė abejot. rezultatus. Kraujo vaizdas neturėjo, be neutrofilijos, dar monocitozės, kas yra charakteringa abscesui. Mūsų atsitikime visą laiką haemograma rodė hypmonocitozę; šie paskutinieji simptomai sako iš dalies, kad ir tuberkuliozės nesama.

Hirschfeld'as mano, kad neutrofilija esanti tikras plaučių vėžio požymys. Visgi čia mes negalime pasakyti, kad nėra tuberkuliozės. Galima prileisti, kad viršūnėse buvo kadaise cirozinis procesas, nuo kurio ir pareina pailgintas iškvėpimas abiejose viršūnėse; bet dabartiniu laiku šis procesas neaktyvus.

Kadangi mūsų atsitikime nebuvo nė vieno patognomoninio simptomo, kuris būtų galėjęs mums nurodyti tumoro rūšį, mes, pasinaudoję tuo, kad limfinės liaukos buvo padidintos, pritaikėme metodą „biopsia“, arba „Probeexzision“ (K. Nather) Ši metodė yra bandomoji ekscizija dalies audinio, kuriame spėjame rasią metastazių, dažniau — limfinėse liaukose. Nors bandomasis išpiovimas retai vartojamas vidaus klinikoje, bet jis laikomas nepavojingu; plačiam vartojimui kasdieninėje praktikoje kliudo tas, kad diagnozė galima nustatyti histologiniame kabinete. D-ras Zacharinas, mums prašant, padarė šį bandomąjį išpiovimą ir padarytame histologiniame preparate rasta: „carcinoma plonocellulare“. Tuo būdu pasisekė pastatyti tikra patologo - anatominė diagnozė, dar žmogui tebegyvenant.

Tolimesnė ligos eiga tokia:

1924. IV. 7—15 d. Oran eina savaime. Savyjauta — vidutiniška. Svoris 55 klgr. Kraujo spaudimas (Riva-Rocci) max. — 95, min. — 65.

Peršvietimas Rentgeno spinduliais: “Kairiojoj pusėj tarp 6 ir 8 šonkaulių, skaitant iš užpakalio, yra apskrita vidutinio obuolio dydžio vieta, silpnai spindulių pereinama, su palyginti aiškiai išreikštais kraštais”.

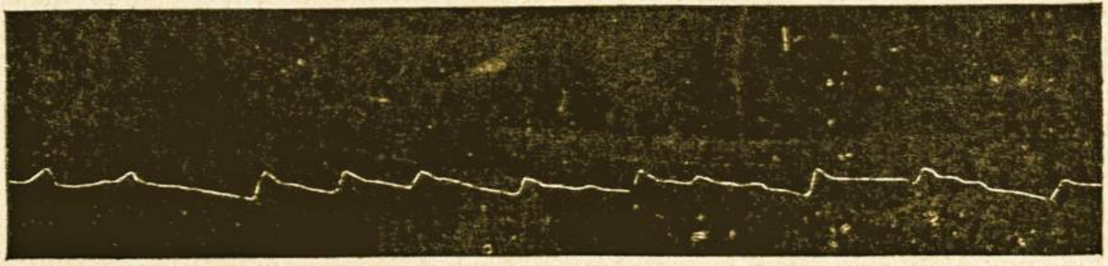
Rentgenoterapija nepasisekė, kadangi ligonis del didelių skausmų šone negalėjo išgulėti atatinkamą laiką; iš viso jam duota tik $^{1}/_{3}$ dalis tos giliosios terapijos dozės, kuri reikėjo duoti.

Limfinės liaukos: aukščiau lankelio (clavicula) iš abiejų pusių kietos konsistencijos, žymiai padidėjusios, sulipusios į vieną kietą paketą, vietomis yra liaukų minkštesnės konsistencijos. Liaukos in fossa axillar. sin. nepadidintos, iš dešin. pusės galima apčiuopti atskiros mažos liaukos. Pradėjo tinti liaukos inguinales dextr. et iliacae dextr., kurios nuo palpacijos labai skausmingos. Arseniko injekcija.

IV. 16—21 d. Žemiau kair. mentės kampo pribukimas, kurio plote nusilpnintas alsavimas. Apetitas gana geras. Oran eina tik su klizma. Ranka mažai skauda. Miega gerai. Kosulys nedidelis, retkarčiais su skrepliais (be spalvos, gleivinės-stiklinės konsistencijos). Lazdelių tbc., “Fettkörnchenkugeln” nerasta. Ligonis neprakaituoja.

IV. 22 d. Svoris 55 klgr. Vėl pradėjo skaudėti kair. ranka. Miega blogai. Pyramidonas + Codein'as. Liaukos inguinales dextr. sulipusios tarp savęs, daugiau patinusios, jog negalima jau kiekviena atskirai apčiuopti. Venae epigastricae inferior. dextr. srityj atsirado vikio grūdo dydžio daug mazgučių (metastazių), kietos konsistencijos, skausmingų.

IV. 23 d. Ant nakties buvo duota netyčia vietoj paskirtos pyramidoni 0,2 — dozė 0,4. Rytą — aritmija, pulsas gana dažnas. (Žiūrėk. Sphigmogramą).



Sphigmogramma.

Pyramidonas atmainytas.

IV. 24 d. Aritmijos nebėra. T° vėl pakilo iki 38°,9. Plaučiuose be permainos.

IV. 25—26 d. Ligonis dieną miega, naktimis pradėjo klejoti. Atsiranda daug naujų mazgučių pakraštyj ossis ilei sin., kviečių grūdo dydžio, skausmingų, kietos konsistencijos. Ligonis negali apsiversti lovoje.

IV. 29—30 d. Visi mazgučiai auga; taipogi ir limfin. liaukos. Arseniko injekcijos baigtos. Decubitus.

V. 1—3 d. Ligonis eina silpnyn; negali pats atsikelti. T° 38°—38°,4. Naktį nemiegojo. Sol. pantoponi 1% — $^1/_2$ ccm. prieš naktį.

V. 5 d. Ligonis eina po savim, nesiorientuoja, klieda, dienos metu miega, pabunda tik valgyti. Dešiniosios rankos pirštai nuolat juda. Bendras status eina blogyn. Ligonis žymiai džiūsta. Turgor vitalis blogas. Liežuvis apdengtas. Maža ką valgo, tik geria.

Krūtinėje po odos atsirado interkostaliniuose tarpuose iš kair. ir iš deš. pusės daug smulkių grūdukų — metastazinių mazgų. Metastazės venae epigastricae srityj jau mažos pupos dydžio. Gland. iliacae, inguinales et cervicales gana minkštos konsistencijos (griuvimo procesai). Aritmija. Pulsas 88; širdies tonai duslūs. Kosi be skreplių. Žemiau kair. mentės kampo yra gana intensyvus pribukimas ir bronchinis alsavimas vaiko delno ploto dydžio. Abiejose viršūnėse gana smarkus iškvėpimas. Ol. camphor. 20% — ccm. du syk per dieną.

V. 6—7 d. Miegojo visą laiką. Pabunda sunkiai. Judėjimai be valios pirštuose.

Kraujo tyrimo lentelė.

Data	Hemoglobino % pagal Sahli	Raudon. kr. rutulėlių	Index	Baltųjų kraujo rutulėlių (Leukocitų)	Bazofilų	Eozonofilų	Neidrofilų				Limfocitų	Monocitų
							Mielocitų	Jaunųjų f. (Jugendlich)	Nepribrendus. (Stabkernies)	Pribrendusių (Segmentker)		
				6—8000	1	3	—	—	4	63	23	6
1924. III. 24	61%	3.415.000	0,9	12.180	0,6	1,4	—	—	9	69	15,8	4,2
„ IV. 2		3.700.000		20.000	0,6	1,7	—	—	11	75	6,7	3,3[1]
„ „ 14	60%	2.913.000	1,03	9.500	0,5	2	—	—	10	74	9,5	4
„ „ 17	60%	3.120.000	0,9	14.800	—	1,4	—	1,3	14,6	66,6	8,9	5,4[2]
„ „ 23	60%	3.420.000	0,88	10.400	—	0,8	—	4	22	56	13,2	4[3]
„ V. 6	55%	2.750.000	1,01	13.200	1	2	—	4,5	26	57,5	5	4

PASTABOS:
[1] Atipiškų ir Zerquetsch formų = 1,7%.
[2] Atipiškų, Türk'o ir Zerquetsch. = 1,8%.
[3] Türk'o narvelių ir Plazm. narv. = 1,6%.

V. 9 d. Pulsas 160 per minutę, aritmiškas, filiformis: širdies tonai gana aiškūs. 1-asis tonas aiškus; 2-asis — blogai girdimas. Alsavimų 64 per min. tipo Cheyne-Stokes'o. Nustojo ryjęs. Venos in regione femorali išplėstos. Ligonis be sąmonės.

Mirė $17^1/_2$ val.

Šis atsitikimas retas ta prasme: 1) kad poodinėje narvelienoje metastazės labai retai išsivysto (Pässler'is, Japha); 2) matant, kaip platinasi metastazės v. epigastricae, intercostalis taku, galima buvo padaryti išvada, kad procesas eina ne tik limfiniu keliu, bet ir venų keliu; 3) komplikacija psichiniais reiškiniais.

Abiejuose atsitikimuose yra dar vienas bendras momentas, kuris galima iš dalies priskirti prie šio susirgimo etiologijos. Anamnezėje matome, kad pirmasis ir antrasis ligoniai labai rūkydavę, dirbdavę dulkėse, gyvenę mieste. Von Schorl'is, aprašydamas endeminius susirgimus plaučių vėžiu tarp darbininkų kasyklose, laiko athracosis ir chalicosis, „prekarcinomine" stadija, iš kurios gali išsivystyti plaučių vėžys. Hameln'as mano, kad didelis kiekis dulkių miestuose esąs viena priežasčių atsiradimo cancer pulmonis. Kadangi, anot jo, cancer pulm. atsitinkąs dažniausiai tarpe miesto gyventojų, jis šiame mato viršminėtos minties patvirtinimą.

Terapija. Hameln'as sako, kad norint kovoti su plaučių vėžiu, turime pradėti kovą su prekarcinomine stadija; pirmoje eilėje reikalinga griebtis priemonių švarai gatvėse ir ruimuose (fabrikuose) palaikyti ir orui dideliuose miestuose nuo dulkių, o ypač kalkių dulkių, paliuosuoti.

Operacijos rezultatai blogi; operacija sunki, pavojinga, o pagijimas menkas. Jeigu pacijentas išlaikė operaciją ir liko gyvas, tai visgi greit išsivysto recidyvas.

Gydymas Rentgeno spinduliais duoda palengvinimo ligoniui, padidindamas griuvimo procesą ir tuo būdu sumažindamas kompresijos reiškinius. Jei diagnozė pastatyta anksti, tai gilioji R- terapija gali sulaikyti naviko augimą ir pailginti ligonio gyvenimą (Ménétrier'is, Schlesinger'is, Staehelin'as, Klemperer'is). Staehelin'as netiki, kad R- spinduliais galima išgydyti ligonis. D-ras Vaiciuška aprašė savo disertacijoje atsitikimą antrinio plaučių vėžio, kuriame po R-terapijos pasveikimas tęsęsis $1^1/_2$ metų. Theilhaber'is ir Edelberg'as mano, kad pagelbėti R-terapija ligoniui su metastaziniu cancer pulmon. daugiau šansų, negu su pirmininiu plaučių vėžiu.

Anologiškai R-spinduliams ir Radio-apšvietimui, anot Werner'io, veikią cholin'o druskos (dažniau Borcholin); į terapiją įvestas vardu „Enzytol" — Borcholino 10% tirpinys.

Geriausių vaisių duoda R-terapija su Arseniko preparatų ir Enzytol'o injekcijomis (Stepp).

Kiek tęsiasi liga, negalima spręsti; nors ir esant geram ligonio mitimo stoviui ir mažiems simptomams, visada reikalinga turėti omenyj, kad galima staiga mirti (Staehelin'as).

Literatūra.

1) Backmeister. — Lehrbuch der Lungenkrankheiten. 1921.
2) Brugsch u. Schittenhelm. — Lehrb. der klinischen Untersuchungsmethoden. 1921.
3) Fr. Claus. — Ueber primäres Lungenkarzinom unter besonderer Berücksichtigung Schrumpfender Processe. (Beitr. zur Klin. der Tuberk. B. 50).
4) Goldscheider. — Lungentumoren. (Deutsch. Med. Woch. 1921 met. Nr. 46).
5) Hameln. — Häufingkeit und Ursache der primären Lungenkarzinom.
6) Hedinger. — Ueber ungewöhnlich verlaufende primäre Lungenkarzinome. (Schweiz. Med. Woch. 1923, Nr. 7. Ref. Mün. M. W. 1923 Nr. 16).
7) Krehl u. Mering. — Lehrbuch der inneren Medizin. 1922.
8) Kindborg. — Theorie und Praxis der inneren Medizin 1914.
9) Fr. Kraus u. Theodor Brugsch. — Speziele Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. III Band. Lungenkrankheiten. 1924.
10) Matthes. — Lehrbuch der Differentialdiagnose.
11) K. Nather. — Probeexzision bei malignen Tumoren. (Archiv. für klin. Chirurg. 119, H. 1.).
12) Orlovskij. — K klinikie pervičnavo raka (Russkij vrač. 1906 m.).
13) Von Rostoski. — Lungentumoren bei Bergarbeitern. Pranešimas kongresui Vienoje 1923 m. (Ref. D. M. W. 1923, N. 21).
14) Schilling Victor. — Das Blutbild und seine klinische Verwertung. 1924.
15) Schmau. — Grundrise der Pathologischen Anatomie. 1919.
16) Von Schmorl. — Schneeberger Lungenkrebs (Ref. D. M. W. 1923. Nr. 24).
17) Strauss. — Die Strahlenbehandlung der Krebs. (Deutsch. M. Woch. 1922).
18) Strümpel. — Lehrb. der specielen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. 1922.
19) Vaiciuška. — Ein Fall von sekundärem Lungenkarcinom nach der Totalextirpation Uteri carcinomatosi. Disertacija.
20) Samuel West. — Boliezni organov dychanija (iš anglų kalbos vertim.). 1914.
21) O. Vierordt. — Diagnostik der inneren Krankheiten auf Grunde der heutigen Untersuchungsmethoden.

Autoreferat.

Den Lungenkrebs primär finden wir nur in 0,19% der Gesamtzahl sämtlicher Sektionsbefunde. Der primäre Bronchialkrebs kommt noch seltener als der Pulmonalkrebs vor. Als patologische Simptome gelten: das Vorhandensein Tumorelemente im Sputum und in der Probexcision (Biopsiemethode). Zur Unterstützung der Diagnose ist eine Blutuntersuchung (Haemogramm nach Schilling) und die Röntgenographie noch angebracht. Andere Simptome (jedes für sich) wie geliartiges Sputum. Körnchenkugeln in Sputum, haemorrhargišches Exsudat sind noch weit nicht pathognostich. In meinen 2 angebrachten Fällen sind prädisponierende Momente vorhanden. Beide — Raucher, von 18—19 Lebensjahr,

beide sind Stadteinwohner; beruflich mussten sie häufig viel Staub einatmen. Im ersten Fall kamen die Krankheitserscheinungen 1 Monat vor dem Tod zum Vorchein, im 2-ten Fall circa 8 Monate. Im 2-ten Falle woren im Endstadium psychische Begleiterscheinungen und Hauptmetastasen zu konstatieren. Von palliativen theurapeutischen Hilfsmitteln kommen Röntgentherapie, Arsenicpraeparate und Cholin (Enzytol) in Betracht.

Prof. Boit'as.

Apie ekstrapleuralę terakoplastiką vienos pusės plaučio tuberkuliozei gydyti[1]).

Dirbtinis pneumotoraksas, kaip priemonė įsivyravusiai vienoje pusėje plaučių tuberkuliozei gydyti, visame pasauly yra įsigijęs pilietybės teises tuo tarpu kai ekstrapleuralė torakoplastika iki šiol, palyginti, mažai tėra išsiplatinusi. Tatai pareina nuo to, kad kiekvienas gydytojas, statąs indikacijas pneumotoraksui, pats gali tą operaciją atlikti, kadangi ji yra technikos atžvilgiu paprasta. O torakoplastika reikalinga chirurgiškų žinių, reiškia, bendradarbiavimo internisto su chirurgu. Chirurgas, kuris operacijos pagalba gydo plaučių tuberkuliozę, turi gauti atatinkamų ligonių iš internisto. Šis rašinys turi tikslo arčiau supažindyti gydytojus su torakoplastikos indikacijomis, technika ir pasėkomis (pasekmėmis).

Istorija.

1888 metais Quincke nurodė, kad tuberkuliozinės kavernos neišgyja del pakitimų aplinkiniuose audiniuose, kurie paburksta susūdrėja ir dažnai priauga prie nejudomos krūtinės sienos. Todel jis pasiūlė rezekciją daugelio šonkaulių gretimų kavernai, sergamajai plaučių daliai atpalaiduoti ir duoti jai susiraukšlėti.

Nepriklausomai nuo jo C. Spengler'is (1890) del tokių pat samprotavimų pasiūlė, esant plaučių tuberkuliozei, rezekuoti šonkaulius, gretimus tuštymui su nejudomomis sienomis, kad tuo būdu mobilizuotų krūtinės ląstą. Šią operaciją jisai pavadino „ekstrapleuralė torakoplastika“.

Forlanini'o (1882) pasiūlytu pneumotoraksu, esant vieno plaučio tbc., ypač buvo užsiėmęs Vokietijoj Brauer'is. Norėdamas suspausti plautį taipogi tais atsitikimais, kuriais negalima vartoti pneumotorakso del pleuros suaugimų, jis dasiprotėjo pašalinti kaulus iš plačios krūtinės sienos srities. Drauge su chirurgu Friedrich'u jis yra išdirbęs metodę operacijai, kurią Friedrich'as yra išmėginęs daugelyje atsitikimų. Rezekuojant II—X šonkaulius nuo stuburo iki kremzlių pradžios, jam pavykdavę suspausti plačiai plautis. 1908 m. jis yra paskelbęs 6 sėkmingai nuoperuotus ligonius; 2 kiti ligoniai po trumpo laiko mirę. Del šios operacijos didumo ši metodė plačiai nevartojama.

---

[1]) Pranešimas, darytas 2-me Medic. Fak-to mokslo posėdyje š. m. gegužės mėn. 17 d.

Sauerbruch'ui pavyko per ilgus klinikos darbo metus „iškáulinti“ (entknochen) krūtinės sieną su mažesne operacija; kurią jis pavadino paravertebralė ekstrapleuralė torakoplastika. Šioje operacijoje rezekuojama užpakaliniausios I—XI šonkaulių dalys, ko dėliai krūtinės siena paslenka medialiai ir žemyn ir krūtinės tuštymas žymiai susisiaurina. Individualizuodamas operaciją kiekvieno operuojamojo ligonio ligos stoviui ir kombinuodamas krūtinės sienos „iškáulinimą“ su kitomis siaurinimo terapijos (Einengungstherapie) metodėmis, jis turėjęs vertų pastebėti rezultatų.

Paravertebralinė ekstrapleualnė torakoplastika tik pamažėli įėjo į chirurgijos praktiką. Vokietijoj, Austrijoj, Šveicarijoj ir šiaurės valstybėse ši metodė jau vartojama daugelio chirurgų. Iš Amerikos, Francūzijos ir Ispanijos mes turime tik negausių pranešimų apie jos vartojimą.

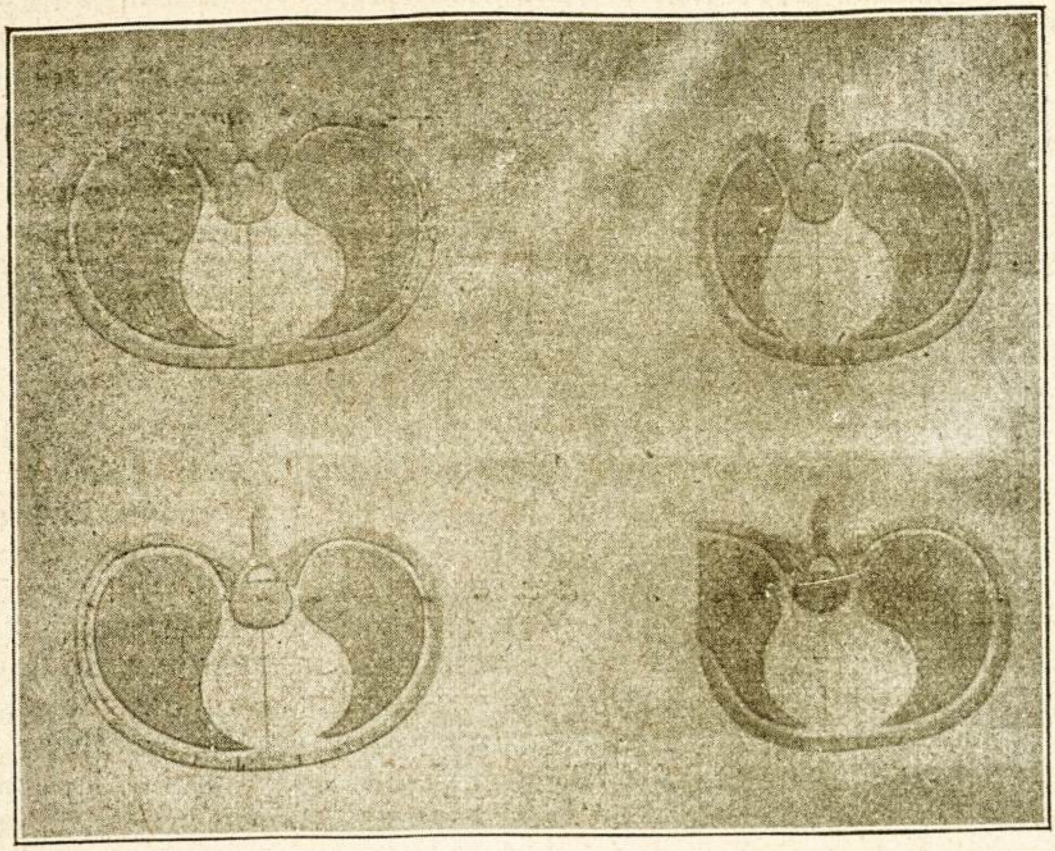
Paravertebralės torakoplastikos esmė.

Rezekavus šonines šonkaulių dalis, pasiekiama mažesnio krūtinės ląstos tuštymo susiaurinimo, negu užpakalines (žiūr. atvazdą Nr. 1), nors ir ilgesni gabalai būtų išpiauta, be to, plautis pasilieka stovėti užpakaly, kur dažnai esti kavernų.

Rezekuojant užpakalines šonkaulių dalis, panaikinama tarp stuburo ir šonkaulių raiščiai, kurie duoda galimybės šonkauliams pasiduoti į išorę. Del tos pat priežasties šoninės šonkaulių dalys, pasiduodamos elastingam plaučių tempimui, paslenka vidun ir žemyn, šonkauliai pasidaro statesni, prisiartina prie mediastinum'o ir pasmunka visumoje žemyn, ko dėliai lateraliai jų galai dažnai susisiekia su gretimais apatiniais medialiais, o vėliau suauga vieni su kitais. Čia pridedamieji rentgeno atvaizdai (žiūr. atvaizdą Nr. 1) prieš ir po operacijos rodo, kad šonkauliai stovi įstrižai ir pasmukę gilyn.

Operacijos pagalba pasiektas vienos krūtinės ląstos pusės susiaurinimas sudaro 600—900 ccm. pirmykščio dydžio. Darant tuo pačiu laiku phrenicus exairese susiaurinimas pasiekia, esant diafragmai pakeltai ad maximum. iki 1500 ccm., o pridedant dar parasternalinę šonkaulių rezekciją (žiūr. pusl. 601) — iki 1800 ccm., reiškia, maždaug, $^1/_4$ pirmykščio tūrio.

Sauerbruch'as siūlo dėti torakoplastikos pagrindan diafragmos paralyžiavimą ne tiek operacinio susiaurinimo padidinimo dėliai, kiek del sergamojo organo immobilizacijos. Ši įžengiamoji operacija žymiai palengvina atsikosėjimą. Be to, ji duoda galimybės numatyti, ar tuberkuliozinis židinys kitam plautyje pasiliks latentinis, ar progresuos.



Atvaizdas Nr. 1.

Indikacijos.

Torakoplastika indikuotina:

1. Esant sunkiai vienoje pusėje vyraujančiai produktyviai cirozinei kavernozinei tuberkuliozei, kurios žymaus pagerėjimo negalima pasiekti kitokiais gydymo būdais.

2. Esant vidutiniškai sunkiai produktyviai cirozinei tuberkuliozei su dideliu mediastinum'o paslinkimu, kuris jau veda prie širdies veikimo apsunkinimo. Operacija veikia kartu ir kaipo kardiolizė. Jeigu širdis apsunkinta, tai operacija turi būti padaryta keliais seansais (žiūr. pusl. 601).

3. Esant vidutiniškai sunkiai (ar sunkiai) progredientiškai subfebrilei vieno plaučio tuberkuliozei, jeigu pneumotorakso padaryti negalima. Indikacijai nustatyti visada galima prieš tai padaryti dirbtinis diafragmos paralyžius. Intervencijos dydis nustatoma, nuolat atsižvelgiant į ligos stovį: jeigu susirgimas sunkus, tai rezekuojama vienu žygiu, žiūrint aplinkybių, 2—3 šonkauliai.

4. Jeigu pneumotoraksas del suaugimų neduoda pageidaujamų rezultatų, tai siūloma dalinoji rezekcija suaugimų srity. Kaipo tipinga operacija, išsivystė viršutinės krūtinės dalies plastika, nes viršūnėse dažniausiai atsiranda suaugimų, kurie kliudo plaučio kompresijai. Bazalis pneumatoraksas palaikomas paprastu būdu.

5. Esant įvairioms, po pneumotorakso įvykusioms, empiemoms. Operacija daroma kiek galint anksčiau ir prieš torakotomiją. Rezekcija pradedama viršuje; aspiracijos pavojaus nėra, kadangi žemutinė skiltis esti pakankamai suspausta eksudato ir pneumotorakso.

6. Esant pakartotiniems plaučio kraujavimams, jeigu pneumotorakso daryti negalima, o diafragmos paralyžius pasilieka be rezultatų.

Kontraindikacijos.

Torakoplastikos negalima daryti:

1. Esant išplitusiam tuberkuliozės susirgimui kitame plautyje. Įžengiamasis diafragmos paralyžiavimas dažnai palengvina išspręsti, ar kitame plautyje rastas židinys yra latentiškas ar progredientiškas.

2. Esant plaučio susirgimui su aukšta temperatūra, nes tokiais atsitikimais dažniausiai turima reikalo su progresuojančia eksudatyve forma, kuri yra mažiau linkusi prie pasikeitimo jungiamaisiais audiniais. Išimtį sudaro tik tos tuberkuliozės su temperatūra, kurios pareina ne vien nuo proceso pačiame plautyje, bet taipogi nuo maišytos infekcijos kavernose. Didelių kavernų plaučiuose konstatavimas ir didelis gausus bacilomis skrepliavimas palengvina diagnozę.

3. Esant lobarei tuberkuliozinei pneumonijai, nes hepatizuotas plautis negali susitraukti.

4. Esant sunkiai nekompensuotai širdies ydai.

5. Sunkiai sergant tuberkulioze viduriams, inkstams, kaulų sistemai.

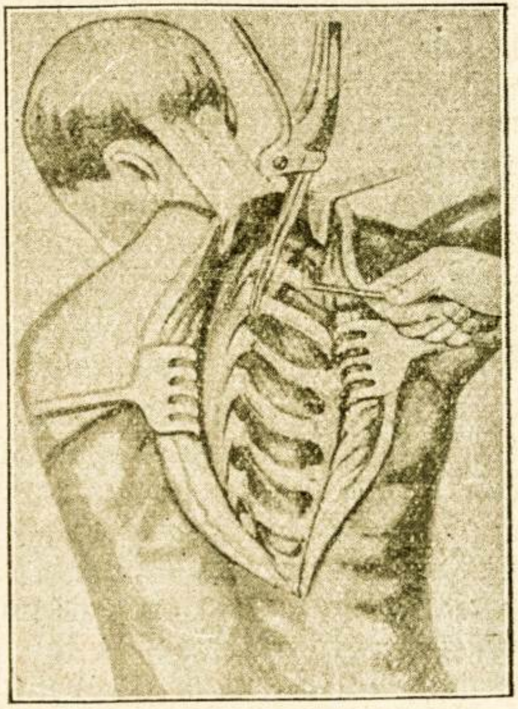
6. Esant nespecifiškai albuminurijai, kadangi ji nuo operacijos pablogėja.

7. Esant cukrinei ligai.

Senatvė laikoma sąlygine kontrindikacija. Geriausias amžius operacijai — 20—35 metai. Senesniam amžiuje gijimo perspektyvos blogesnės, tačiau tam tikri konstituciniai momentai, sakysim, palinkimas prie tukimo ir pastozinio habitus'o turi didesnės reikšmės negu senumas.

Operacijos eiga.

Torakoplastika, kad ir dalinos rezekcijos formoje, yra visada rimta operacija (Žiūr. atvaizdą Nr. 2). Rezultatai pareina ne vien nuo operacijos technikos, bet ir nuo rūpestingo slaugymo po operacijos. Geros įtakos daro, jeigu ruošiamas operacijai ligonis daug dienų ramiai paguli lovoje. Širdis, kuri daugumoje atsitikimų esti silpna, stiprinama digitaliu. Viena valanda prieš operaciją ligoniui duodama morfijus, evt. su atropinu; reikalui esant, duodama kamforos. Ligonis guldomas pusiau stačias ant sveikojo šono. Operuojamosios pusės ranką laiko vienas iš padėjėjų. Jis įstato savo kumštį į ligonio pažastį, kad neduotų ligoniui nusvirti priekin ir, iš kitos pusės, stipriai traukdamas ranką, rūpinasi, kad mentė stovėtų kiek galint labiau nuslinkusi į šoną. Kur tik galima, reikia vartoti vietinė anestezija. Bendra narkozė reikia vartoti ypač turint bailius jaunus ligonius, jeigu dienos skrepliavimas ėsti mažesnis, negu 20 ccm. Narkozei vartojama dažniausiai del širdies silpnumų eteras, o ne chloroformas. Jeigu ligonis turi cianozę, tai Roth-Dräger'o aparatu įvedama greta etero dar deguonio.



Atvaizdas Nr. 2

Piūvis pradedama žemiau viršutinio trapecius'o krašto, vedama žemyn tarpumente tarp medialio stipriai į šoną nutemptos mentės krašto ir stuburo šonkaulių kampų srityje ir pabaigiama XI-tojo šonkaulio aukštumoje įstrižai į šono linkui išvertu kampu — kabliškasis piūvis pagal Sauerbruch'ą. — Raumenys perpiaunama iki pat šonkaulių ir po to rezekuojama subperiostališkai šonkauliai nuo X tojo iki I-mojo, o pabaigoj — XI tasis. Iš X — II šonkaulių prašalinama 5 12 cm, iš XI-tojo ir I ojo — 2—4 cm. Esant kavernoms, rezekuojama didesni gabalai, negu esant cirozei. Rezekuojant I ąjį gan giliai gulintį šonkaulį, kuris randasi betarpiškam artume viršum jautraus brachialio rezginio, reikia daboti, kad nesuspaustum to rezginio. Visi šonkauliai išimama iki pat stuburo. Jeigu interkostalė muskulatūra esti labai sutaršyta, tai ji arba sulyginama žirklėmis, arba pašalinama. Numalšinus kraujoplūdį, įstatoma ilgas guminis drenas, kurio apatinis galas išvedamas lauk. Muskulatūra susiuvama dviem ketguto siūlių eilėm, oda — šilku.

Slaugymas.

Po operacijos kvėpavimą žymiai veikia nejudomas arba judomas mediastinum. Jeigu mediastinum esti pasiduodąs, įvyksta paradoksiškas kvėpavimas. Oro išretėjimas, kuris įvyksta inspiracijos metu neoperuotoj pusėj del šonkaulių pasikėlimo ir diafragmos nusileidimo, tik iš dalies teišsilygina, tuo tarpu kai del atmosferos spaudimo oras tracheja plaukia į plautį. Be to, oras iš dalinai suspausto plaučio pereina į kvėpuojamąjį plautį. To dėliai dabar tapusi paslanki krūtinės siena oro spaudimo įtakoje traukiasi vidun tol, kol įvyksta oro spaudimo pusiausviruma. Ekspiracijos metu dalis oro vėl įsistumia į sergantįjį plautį ir krūtinės siena pasiduoda. Varinėjamoji iš vieno plaučio į kitą oro dalis („Pendelluft") prisisotina angliarūkšties ir neduoda pakankamai arterializuotis kraujui. Mediastinum'o sviravimas į vieną ir kitą pusę gali labai pakenkti širdžiai. Ši komplikacija žymiai sumažinama, uždedant spaudžiamąjį limpamojo plėstro tvartį. Pirmutinis tvartis paliekama paprastai 2 dienas; po to pašalinama gumos drenas, o 6 tą ar 7 tą dieną išimama siūlai. Ligonis lovoje guli pusiau sėdėdamas. Stipriais atsikosėjimais išvengiama skreplių užsistovėjimo. Ligoniui bekosint nesveikąjį šoną apsaugoja sesuo. Atsikosėjimui palengvinti duodama morfijaus mažiausiai 1 cgr. kas 6 valandas. Širdis žadinama gausiomis kamforos arba kitų širdies vaistų dozėmis.

Pacientas laikoma lovoje, kol esti subfebrilė temperatūra. Saulės tynės netinka operuotiems ligoniams, sergantiems plaučiais. Gydymas saule yra erzinimo terapija, kuri, tinkamai dozuojant, gali skatinti ir palaikyti gijimą. Operacija savaime yra tiek smarkus suerzinimas, jog kiekvienas tolimesnis erzinimas galėtų išsemti iš kūno paskutines apsigynimo jėgas. Del tos pat priežasties po operacijos reikia vengti bet kurios terapijos tuberkulinu, kuris galima pamėginti tik keletai mėnesių praėjus.

Sveikėjimo periode nuoperuotieji turi būti laikomi kiek galint patogesnėse sąlygose. Jungiamųjų audinių bujojimas ligos židiny, atpalaiduoto nuo nejudamos sienos plaučio raukšlėjimas, o taipogi kavernos valymasis ir mažėjimas tęsiasi daug mėnesių. Geriausių rezultatų duoda griežtai išlaikytas gydymas ligoninėje (sanatorijoje) per 3—6 mėnesius.

Komplikacijos.

Žaizdos gijimą gali sutrukdyti bakterijos, kurios gan dažnai guli pleuros suaugimuose ir gali apkrėsti žaizdą. Čia turi reikšmės ir ta aplinkybė, kad sunykę ligoniai visada lengvai pasiduoda infekcijai. Įsibriovusioji į žaizdą infekcija daro prognozę blogesnę, kadangi čia turime reikalo su plačia torakoplastika, ir infekcija gali greit išsiplatinti mobilizuotoj krūtinės sienoj. Infekuota žaizda gydoma laikantis bendrų chirurgijos pagrindų. Spaudžiamieji limpamieji plėstrai nuimama, kadangi jie kliudo audiniams pakankamai atsipalaiduoti. Temperatūrai nukritus, žaizdos kraštai vėl sutraukiama limpamuoju plėstru, resp. pakartotinu siuvimu.

Žaizdos gijimo komplikacija dalinoje plastikoje ne tiek pavojinga, kadangi likusieji šonkauliai trukdo nepatogų krūtinės sienos siūbavimą su jo žalingomis pasėkomis. Jeigu įvyksta infekcija po dalinosios plastikos, padarytos del nepakankamo pneumotorakso, tai gali apsikrėsti pleura ir atsirasti serozinis arba pūlingas eksudatas.

Operacija keliais žygiais.

Totalė plastika yra didelė intervencija, bet ji pasiekia didesnio krūtinės susiaurinimo, negu kad operacija būtų atlikta keliais žygiais. Daugelio žygių operacijoje krūtinei sukristi kliudo randėjimo arba regeneracijos procesai, kurie vyksta 2 operacijų laikotarpyje. To dėliai daugelio žygių intervencija reikalauja didesnių šonkaulio gabalų pašalinimo. Abejotinais atvejais indikuojama pakartotinoji operacija, kuri dažniausiai galima atlikti dviem žygiais 2—3 savaičių laikotarpyje. Čia galima iš karto prašalinti XI—VI šonkauliai paskui V—I; darant operaciją trimis žygiais, iš karto pašalinama 4 žemutiniai, paskui dar 4 ir pagaliau 3 viršutiniai šonkauliai. Jeigu susiaurinimas turi eiti labai atsargiai, tai vienu žygiu išimama iš interkostalio piūvio tik 2 šonkauliu. Kadangi čia atskiri piūviai nesusikryžiuoja, tai artimiausia operacija galima atlikti dargi tada, kai pirmutinė žaizda dar nėra sugijusi.

Susiaurinimo operacija visada pradedama nuo žemutinių šonkaulių. Jeigu iš pradžios suspaustume viršutinę plaučių skiltį, kur dažniausiai esti kavernų, tai galėtų įvykti sekreto aspiracija iš kavernų į žemutines skiltis.

Dalinoji plastika

Jeigu tarp pleuros ir plaučio yra suaugimų, tai pneumotoraksas tose vietose negali pakankamai suspausti plaučio. Dalinoji plastika ties tais suaugimais gali suspausti nesuspaustąją plaučio dalį. Kadangi suaugimai dažniausiai įvyksta viršūnėje, tai rezekcija daroma VII—I šonkauliams. VII-tojo šonkaulio pašalinimas yra reikalingas, nes kitaip mentė negalėtų būti panaudota kompresijai. Interpleuralis spaudimas neturi pasidaryti teigiamas del krūtinės susiaurinimo; todel prieš operaciją išleidžiama iš krūtinės apie 300—500 ccm. oro.

Viršutinių šonkaulių rezekcija, esant žemutiniam pneumotoraksui, nesudaro aspiracijos į žemutines skiltis pavojaus, kadangi dujos ją pakankamai susiaurina. Suprantama, kad, ir pabaigus operacinį gydymą, pneumatoraksas turi būti palaikomas ir toliau, kol tuberkuliozės procesas visiškai aprims. Jeigu, nutraukus pneumatorakso palaikymą, užeina kosulys ir skrepliavimas, tai, be viršutinės dalinosios plastikos, reikia dar padaryti apatinių šonkaulių rezekcija ir tuo būdu panaikinti pleuros plyšis.

Parasternalė papildomoji plastika.

Atsitikimai, kuriais kavernos nejudomomis sienomis guli priešaky, taip kad paravertebralė torakoplastika negali pakankamai suspausti plaučio, reikalingi dar parasternalės rezekcijos. Jeigu pirmasis šonkaulis buvo rezekuotas anksčiau, tai pakanka pašalinti šonkaulių dalis, pradedant nuo II-ojo ir baigiant VII-uoju. Piūvis vedamas lateraliu krūtinės raumens (m. pectoralis majoris) kraštu. Tuo būdu galima susiaurinti krūtinės ląsta 300 ccm.

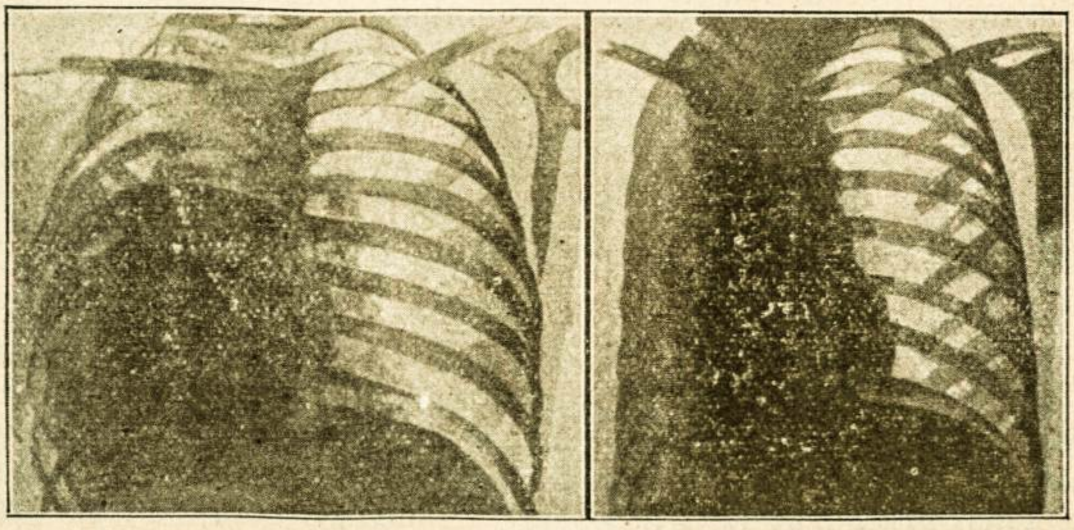
Torakoplastikos veikimas kliniškajam ligonio stoviui.

Net dideles operacijas ligoniai be galo gerai pakelia, jeigu plautis pirma buvo dirbtiniojo pneumatorakso ilgesniam laikui suspaustas, kadangi plaučio tūris nuo jų mažai tepasikeičia. Jeigu, be to, dar plaučio pleura ir mediastinum del stovėjusio ilgesnį laiką eksudato pasidarė nejudomi, tai operacija nepadaro kitam plaučiui jokios žalos, kadangi neįvyksta paradoksiškasis kvėpavimas ir niekas nepakenkia širdžiai.

Pirmomis dienomis po operacijos temperatūra dažniausiai pakyla ir gali prašokti 39^0; paskui t^0 čia greičiau, čia lėčiau vėl nukrenta iki normos. Reakcijos smarkumas visų pirma pareina nuo plaučio stovio. Ji esti silpniausia esant ciroziniam, o stipriausia, esant infiltratiniam eksudatiniam procesui. Del plaučio kompresijos visas kūnas persisunkia tam tikrais nuodais. Dažniausiai t^0 krinta tik lėtai, pamažėli besiraukšlėjant ir atsiilsint plaučiui. Sustiprėjęs iš pradžios liguistumo jausmas, krentant temperatūrai, atsileidžia, tačiau nepaliauna beveik visada per daugelį savaičių, kol ligonis atsipeikės nuo operacinės traumos. Atsiranda apetitas, ir ligonio sveikata eina žymiai geryn.

Jeigu po operacijos įvyksta paradoksiškasis kvėpavimas, tai ligonis nusiskundžia tam tikru kvėpavimo trumpumu, kuris, tačiau, greitu laiku praeina. Srovės susiaurėjimas plaučiuose ir apsunkinta kraujo arterializacija sudaro širdžiai sunkumų, kurie dažniausiai veda prie kairiosios širdies pusės hipertrofijos.

Kai kuriais atvejais krūtinės sienos iškáulinimas palengvina širdies veikimą jeigu ji esti del pleuros suaugimų nustumta į šoną, ko dėliai, matyti, apsunkina širdies veikimą sulenktos kraujagyslės. Dusulio reiškiniai ir širdies plakimas galima pašalinti kardiolizės pagalba (žiūr atvaizdą Nr. 3).



Atvaizdas Nr. 3.

Kosulio suerzinimas pareina nuo skrepliavimo gausumo. Jeigu del operacinio susiaurinimo tuštinasi didelės kavernos, tai kosulys esti ypatingai smarkus ir jis galima sumažinti gausiomis morfijaus dozėmis. Operacijos dienoje jis esti net mažesnis; tik vakarop prasideda smarkesnis kosulys. Nuo 2-os dienos ima didėti skrepliavimas, kuris kartais apstoja ir vel prasideda; didėjant atsipalaidavimui ir mažėjant kavernoms, kosulys pamaželi rimsta ir po keleto savaičių gali visai išnykti.

Plačios šonkaulių rezekcijos įtaka liemens skeleto formai.

Operuotosios pusės petys stovi dažnai kiek giliau ir truputį paslinkęs priekin. Iš užpakalio figūros susiaurėjimas pas raumeningus vyrus vos pastebimas. Esant vieno plaučio raukšlėjamai tuberkuliozei, stubure įvyksta frontalis išsilenkimas su gaubimu į sveikąją pusę; reiškia, po torakoplastikos įvyksta pooperacinė skoliozė. Kadangi paravertebralė rezekcija suardo vienoje krūtinės pusėje šonkaulių lankus, tai sergamajam šone nustoja veikęs krūtinės įtempimas, tuo tarpu kai sveikajam šone įtempimas pasilieka kaip buvęs ir del tos priežasties įvyksta žymi persvara. Stuburo išlenkimas būna visą laiką neperdidelis. Po daugelio savaičių pasidaro tarp šonkaulių liekanų kauliniai ryšiai, kurie kliudo augti skoliozei. Jeigu torakoplastika padaryta cirozinei tuberkuliozei, kur del pleuros susiraukšlėjimo įvyko įgaubta stuburo skoliozė, tai kreivumas patogiais atvejais galima atitaisyti operacijos pagalba. Reiškia, išorinė liemens forma del torakoplastikos tiek mažai tepasikeičia, jog nuoperuotame asmeny, kai jis apsivilkų, vos tegalima pastebėti operacijos pasėkos.

Rezultatai.

Iš 700 torakoplastikos operacijų Sauerbruch'as turėjęs štai kokių rezultatų: 11% ankstybų mirčių,
13% vėlybų mirčių,
$^1/_3$ pagerėjimų,
$^1/_3$ ilgų sveikėjimų.

Pasveikusiais laikomi ligoniai, kurie, mažiausiai vienus metus dirbo savo pirmykštės profesijos darbą. Pagerėjusiais laikomi tie, pas kuriuos begydant išnyko bacilos ir kurie, galima tikėtis, greit grįš prie savo paprastos darbuotės. Vidutiniškai gydymas ligoninėje tęsęsis 3—6 mėnesius, papildomasis gydymas kurorte 6—12 mėnesių. Dešinioje plaučio gydymo rezultatai buvę kiek blogesni, negu kairiojo (32%:40% pagijimo). Geresni kairiojo plaučio gydymo rezultatai aiškinama mažesniu kairiojo plaučio tūriu (tūrių santykis — 10:11). Tatai pareiną nuo to, kad kairiojo plaučio suspaudimą palaikanti širdis, kuri tik tam tikrose ribose tepasiduoda spaudimui ir sudaro plaučio bazei stiprią atramą, kurios viena torakoplastika sudaryti, toli gražu, negali.

Diskusinės pastabos.

1. Del dirbtiniojo pneumatorakso.

Dirbtinis pneumatoraksas yra mažiau pavojingas, negu tarakoplastika. Tačiau jis reikalauja, kad pleura būtų laisva nuo suaugimų, kurių retai kada nebūna. Dažnai pasitaiko, kad suaugimai kliudo kavernoms sukristi (supliukšti) ir išgyti. Mėginti tokius suaugimus jėga išardyti būtų nusikaltimas, nes tada atsirastų eksudato, kuris daug pakenktų ir del kurio atsitinka 15—20% mirčių (Sauerbruch). Jeigu esant platiems suaugimams neradama pleuros plyšio, tai pneumatorakso padaryti nėra galimybės. Jeigu serga vienos pusės plautis, tai tokiais atsitikimais kyla ekstrapleuralės torakoplastikos klausimas.

Prityrimas parodė, kad pageidaujamas pneumatorakso veikimas tuberkulioziniam plaučiui kolapsu ir ramumu dažnai tetveria tik tol, kol jis palaikoma kartotiniais oro įleidimais. Jeigu duodama pneumatoraksui išnykti, židiniai, kurie kolapsiniam plautyje buvo prigesę, gali vėl užsiliepsnoti, net po daugelio metų pneumatorakso. To dėliai siūloma sunkiais atsitikimais pneumatoraksas tinkamai laikyti kokius 5 metus.

2. Del phrenicus-exairese.

Phrenicus-exairese, savaime suprantama, galima daryti tik vienoje pusėje. Be žymaus krūtinės suspaudimo ir poilsio plaučiui, ši operacija dar palengvina skrepliavimą. Sauerbruch'as daro ją iš principo prieš torakoplastiką, kaip pagelbinę operaciją. Ji taipogi rekomenduojama visais vieno plaučio susirgimo atsitikimais, kur radikalės operacijos negalima padaryti.

Į priekaištą, kad del ekzerezės įvyksta nebeatitaisomas diafragmos paralyžius, galima atsakyti, kad tiesiog perpiovus, sušaldžius arba sužnybus n. phrenicus, nervo pralaidumas atsigaivina, bet per anksti — pirma negu procesas plautyje galėjo sugyti. Be to, 20—25% atsitikimų būna dar akcesorinis phrenicus, kuris tik krūtinės ląstoje susivienyja su vyriausiuoju kamienu. Jeigu jis pasilieka, tai plautis negali pasiekti visiško ramumo, ir operacijos tikslas lieka nepasiektas. Darant phrenicus-exairese, akcesorinis phrenicus visas pašalinamas.

Argumentą, kad šuo su išrautu n. phrenicus negyvena, sugriauna Carl'io (Königsberg) eksperimentai su gyvuliais. Triušiams buvo išpiauta phrenicus pasėkoms observuoti. Del diafragmos paralyžiaus nemirė nė vienas gyvulys. Išjungus diafragmą, kaulinė krūtinė susitraukia ir įvyksta dažnai didelė viso plaučio kompresija. Pašalinimas iš diafragmos nervų veda plokščią raumenį prie žymios atrofijos, kuris tiesiog pavirsta vaiskia membrana. Tuberkulioze apkrėstuose triušiuose pastebėta silpnesnis ligos vystymasis frenikotomuotoj pusėj.

3. Del ekstrapleuralės torakoplastikos.

Gaunami, gydant vienos pusės plaučio tuberkuliozę ekstrapleurale torakoplastika, mirtingumo % % (ankstybojo 11%, vėlybojo 13%) nėra dideli, jeigu turėti omeny konservatyvaus gydymo rezultatus.

Rūpestingai parenkant ligonius ir gerai juos prižiūrint prieš operaciją plaučių specialistams, mirtingumo nuošimčiai gali dar sumažėti.

Sėkmingų rezultatų — $^1/_3$ operuotų atsitikimų pagijimas — iš konservatyvaus gydymo laukti negalima, o tatai mus verčia priimti operacinį vieno plaučio tuberkuliozės gydymą.

Zusammenfassung.

Die extrapleurale Thorakoplastik ist hauptsächlich indiziert bei einseitiger Lungentuberkulose, wenn der künstliche Pneumotorax wegen Pleuraverwachsungen nicht ausführbar ist, und durch andere Behandlungsarten eine Besserung nicht erreicht werden kann. Bei der paravertebralen extrapleuralen Thorakoplastik von Sauerbruch werden die hintersten Stücke der I—XI Rippe in einer oder mehreren Operationen reseziert. Dadurch wird die ganze Brustwand nach medial und unten verschoben und eine Verengerung des Brustraumes um 600—900 ccm. erreicht. Bei gleichzeitiger Phrenicusexairese und parasternaler Rippenresektion kann die Thoraxeinengung auf 1800 ccm., etwa $^1/_4$ des früheren Volumens, gebracht werden. Die durchschnittliche Krankenhausbehandlung nach der Operation beträgt 3—4 Monate, die anschliessende Heilstättenbehandlung 6—9 Monate. Der Einfluss der Operation auf die Form des Rumpfskelettes ist gering. Es bildet sich eine mässige Skoliose nach der operierten Seite aus, deren Zunahme durch knöcherne Verbindung zwischen den Rippenstümpfen nach mehreren Wochen verhindert wird. Die Ergebnisse der extrapleuralen Thorakoplastik sind bei einer Zusammenstellung von 700 Fällen 11% Fruhmortalität, 13% Spätmortalität, in $^1/_3$ der Fälle Besserung, $^1/_3$ Dauerheilung (mindestens ein Jahr lang Ausübung des frühreren Berufes ohne Zeichen der Erkrankung).

Literatūra.

1) Brunner. — Die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose. 1924.

2) Carl. — Die Immobilisierung und Schrumpfung der Lunge durch einseitige Phrenicusresektion und deren Einfluss auf die experimentelle Lungentuberkulose. (Beitr. z. klin. Chir. 1914, B. 93, H. 2).

3) Friedrich. — Die operative Brustwand-Lungenmobilisierung (Pneumolysis) zwecks Behandlung einseitiger Lungenphthise. (Med. Klin. 1908 Nr. 33).

4) Idem. — Die operative Methodik bei der chirurgischen Behandlung der Lungentuberkulose durch Rippenabtragung, operative Phrenicus — und Interkostalnervenlahmung. (Arch. f. klin. Chir. B. 105).

5) Hervé u. Roussel. — Ueber die Schwächen der Behandlung mit künstlichem Pneumothorax. (Presse medical. 1923. Ref. Deutsche Med. Woch. 1924, Nr. 20).

D-ras Vl. Kuzma.

Apie tuberkuliozinės pleuros empyemos gydymą[1].

Kalbėdamas apie tuberkuliozinės pleuros empyemos gydymą, negvildensiu savų prityrimų, kurie pas mus yra dar gana kuklūs, bet nurodysiu čia tik tuos pradus, kuriais dabartinis medicinos mokslas vaduojasi šiam sunkiam susirgimui gydyti.

Žymių tuberkuliozės klausimo žinovų nuomone (prof. A. Bacmeister'is ir kt.) pirminio pleuros susirgimo tuberkulioze, resp. pirminės tuberkuliozinės empyemos pleuroje, visiškai nesti. Todel suprantama, kad, turint tuberkuliozinės pleuros empyemos atsitikimą, nepakanka rūpintis vien tik tos empyemos gydymu, bet nemažiau dėmesio tenka kreipti į gydymą pagrindinio tuberkuliozinio susirgimo, iš kurio empyema yra kilusi.

Pagrindinis susirgimas tuberkulioze dažniausiai glūdi plaučiuose. Kitą kartą pakanka nežymaus, lyg išgyti palinkusio, plaučių tuberkuliozės proceso, kad iš jo išsivystytų tuberkuliozinis pleuritas ir, pagaliau, tuberkuliozinė pleuros empyema. Bet esti ir kitaip, — kad sunkios, žymiai griūnančios, plaučių tuberkuliozės formos visiškai neduoda pleurito arba sudaro jį gana lengvai praeinantį.

Jeigu tuberkuliozės paliestoje pleuroje atsiranda mažiau arba daugiau tuberkulų ir pleura eksudaciniai užsidega, tai pleuros viduje paviršius greit pasidengia fibrinu, kuris, užsidegimui praėjus, gali vėl išnykti, t. y. gali visiškai rezorbuotis arba organizuoti storesnį jungiamojo audinio sluogsnį; kitaip, eksudaciniam užsidegimui ilgiau pasilikus, jam didėjant, arba patekus pašalinei infekcijai, pleuroje išsivysto tuberkuliozinė empyema, — neinfekuota arba infekuota.

Šiokiam bei tokiam tuberkulioziniam procesui pleuroje esant, kuris pasižymi ligonio karščiavimu ir skausmais, vis delto dažniausiai tenka spręsti, kad ir plaučiuose tuberkuliozės procesas žengia pirmyn arba jis iš naujo reaguoja, ir todel kartu tenka rūpintis tą plaučių procesą malšinti. Iš to seka, kad visi tie dėsniai, kurie taikomi progreduojančiai plaučių tuberkuliozei sulaikyti, reikia turėti galvoje ir tuberkuliozinę pleuros empyema gydant.

Visų pirma, tuberkuliozinę pleuros empyemą gydant, principe reikia rūpintis, kad susirgęs plautis liktų kiek suspaustas, nepaslankus, arba jeigu tam tikru būdu pašalinami pūliai iš pleuros ir pleuros ruime spaudimas mažėja, tai tuomet tenka dėti pastangos, kad sergąs plautis negalėtų staigiai plėstis. Ir tuo tuberkuliozinės pleuros empyemos gydymas, pasižymįs savo konservatingumu, principe griežtai skiriasi nuo aštraus pleuros uždegimo empyemos gydymo, kur kaip tik, pašalinus pūlius, tenka rūpintis, kad suspaustas plautis galėtų tinkamai išsiplėsti, prisispausdamas prie krūtinės ląstos sienos.

---

[1] Pranešimas, darytas 2-me Medicinos Fak-to posėdyje š. m. gegužės mėn. 17 d.

Griežtai konservatinis gydymas tenka taikyti ypač sterilškai, be pašalinės infekcijos esančiai, grynai tuberkuliozinei uždaro pleuros vidaus empyemai; kitaip, jeigu tik pleuros vidus bus atidarytas bei drenuotas, visuomet pateks pašalinė infekcija, kuri žymiai apsunkina bendrą ligonio sveikatos stovį ir pačios empyemos gydymą. Mažos sterilškos tuberkuliozinės empyemos paprastai paliekamos visiškai neliestos, nes jos dažniausiai savaime rezorbuojasi.

Jeigu pleuros viduje tuberkulioziniai pūliai pasilieka ilgą laiką arba jeigu jų kiekis nuolat didėja, žymiai spausdamas krūtinės ląstos organus, tai tuomet tie pūliai tenka išleisti ir jų vietoje geriausia suleisti sterilško oro arba azoto (Spengler'is). Pūliams iš pleuros vidaus išleisti vartojamas Potain'o dviem sujungtais vamzdeliais truakaras su Stinzing'o (žiūr. jo piešinį Loevenstein'o Handbuch d. gesamt. Tubercul.-Therapie, 1923, II t.) arba su kitokiu punkcijos aparatu, kuris jungiamas su vienu truakaro pertaku. Paprastai truakaras įsmeigiamas į pleurą ties lin. axillaris, apatinio menties kampo aukštume. Dujoms į pleuros vidų suleisti vartojamas kuris nors pneumatorakso aparatas, kuris jungiamas su kitu Potain'o truakaro pertaku. Del to yra patogu vartoti pneumatorakso aparatas, kad juo galima dozuoti suleidžiamos dujos ir jo monometru kartu matuojamas pleuros viduje dujų spaudimas.

Holmgren'as nuo 1909 metų vartoja sekamą techniką: pūlius iš pleuros vidaus aspiruoja per vieną ploną adatą, tuo tarpu per kitą tokią pat ploną įleidžia dujų, kurių spaudimą pleuros viduje kontroliuoja pneumatorakso aparato monometru. Holmgren'as niekumet nedaleidžia tokio didelio pleuros viduje dujų spaudimo, kuris galėtų išspausti per adatą pūlius, kaip kad tai daro Küttner'is tirštiems pūliams išleisti, įsmeigdamas storą truakarą į apatinę krūtinės ląstos dalį ir leisdamas dideliu spaudimu dujas per ploną adatą, įsmeigtą į viršutinę krūtinės ląstos dalį.

Kitą kartą, antroje pusėje sveikiems plaučiams esant, galima išleisti pūliai iš sergančios pleuros vidaus vartojant vadinamąją „atvirą pleuros punkciją" A. Schmidt'o būdu. Tuomet ligonis guldomas skersai dviejų lovų, sustatytų greta taip, kad sergąs šonas išeitų į apačią tarp jų. Pleuros punkcija daroma iš apačios truakaru, per kurį išeina pūliai ir prie inspiracijos įeina oras, padidinąs pleuroje spaudimą.

Vis delto nepatartina visi išleisti pūliai pakeisti suleidžiamų dujų dideliu kiekiu, nes tuomet pleuros viduje gan dažnai greičiau renkasi eksudatas, galįs savu spaudimu kartu su dujų spaudimu būti pavojingas krūtinės ląstos organams, tolydžiai bendram ligonio sveikatos stoviui. Todel paprastai vietoje išleisto skystimo (pūlių) suleidžiama pusė jo kiekio dujų; pav: jeigu išleista skystimo 500 ccm., tai dujų suleidžiama 250 ccm. Vienu arba kitu būdu į pleuros vidų suleistos dujos turi tos reikšmės, kad jos neduoda sergantiems plaučiams smarkiai plėstis, kas, kaip aukščiau buvo minėta, tuberkuliozinio proceso gijimui labai svarbu.

Po punkcijos kosįs ligonis turi kurį laiką pasilikti gulėti ant sveikojo šono, kad neįspaustų iš pleuros vidaus pūlių į punkcinį kanalą ir kad tuo būdu jo vietoje nepasidarytų pūliuojanti fistula.

Punkcijos rezultatas paprastai esti laikinas, nes pūliai, nors praskydę, vėl susirenka pleuros viduje ir jie reikalinga iš naujo išleisti. Kartu su pneumatoraksu kartotines, vidutiniai imant, kas mėnesį, pleuros punkcijas vartojant, pagaliau pasiekiama to, kad pagrindinis susirgimas plaučiuose išgyja ir kartu su juo dažnai išgyja empyema. Visas gydymas paprastai tęsiasi 1—11 mėn. Bet jeigu empyema pasilieka neišgijus, tai pleuros viduje susidaro atspariomis sienomis dubuma, į kurią visuomet susirenka pūliai.

Tokiai pleuros dubumai visiškai pašalinti daroma Spengler'io pasiūlyta ekstrapleuralė krūtinės ląstos sienos rezekcija. Dėl tos ekstrapleuralės torakoplastikos čia tik paminėsiu, kad darant subperiostalinę šonkaulių rezekciją geriau pašalinti dau giau šonkaulių, kaip kad mažiau, įeigu ir vengti daryti Brauer'o ir Friedricho pasiūlytą, kitą kartą pavojingą, totalę torakoplastiką, t. y. pašalinimą visų vienos pusės šonkaulių nuo nugarkaulių ligi jų susijungimo ribos su kremzlėmis. Kitaip, nepakankamai šonkaulių išpiovus, dažnai gali pasilikti pleuroje retencinis empyemos vidus.

Prieš darant ekstrapleuralę torakoplastiką, prieš dvi dieni, visuomet punkcijos pagalba reikalinga visiškai pašalinti empyema.

Po daugelio šonkaulių rezekcijos pakankamai mobilizuota krūtinės ląstos siena užkrenta, pleuros paviršiai susisiekia, sulimpa, prasiplėtę plaučiai prisispaudžia prie užkritusios krūtinės ląstos sienos, nebepalikdami pūliams vietos, kur jie galėtų susirinkti. Jauniems pacientams rezekuoti šonkauliai iš dalies regeneruoja ir tuomet krūtinės ląsta dar daugiau grįžta į normalų stovį.

Žymus krūtinės ląstos užkritimas, paskiau vedąs prie pleuros paviršių sulipimo, gaunamas vartojant Sauerbruch'o pasiūlytą paravertebralę nuo IX ligi I šonkaulių rezekciją.

Jeigu kitą kartą pakaktų nežymaus vienos pusės krūtinės ląstos sienos užkritimo bei jos paslankumo sumažėjimo, tai tuomet galima būtų pavartoti Alvarez'o, Friedrich'o ir Warstadt'o daryta interkostalių nervų ekstrakcija. Bet ta operacija nieku būdu negali konkuruoti su ekstrapleurale torakoplastika; ji galima būtų tik, kaip skausmus malšinanti priemonė, kombinuoti su torakoplastika. Ir savo pasėkomis, kaip duodanti raumenų atrofiją, ta operacija taip pat mažai pageidaujama. Tik XII interkostalio nervo, įnervuojančio diafragmą, ekstrakcija gali duoti dar diafragmos pakilimą aukštyn ir tuo lengvu būdu suspausti pleuros vidų iš apačios.

Gan lengvas ir paprastas yra būdas kiek daugiau iš apačios suspausti plaučius, resp. pleuros vidų, darant Sauerbruch'o ir kitų plačiai vartojamą ir jau visur pilietybės teises įgijusią phrenicotomia arba, griežčiau veikiant, phrenicus'o išrovimą, vadinamąjį n. phrenici „exairese".

Vienos frenikotomijos dažniausiai nepakanka pleuros empyemos dubumai pašalinti, kaip kitą kartą nepakanka net plačios torokoplastikos. Tuomet tenka tuodu būdu kombinuoti ir, be to, dar daryti kartotinės pleuros punkcijos, kol pagaliau pleuros dubuma visiškai sulips, suaugs.

Jeigu, pleuros empyemai esant, toje pačioje pusėje yra ciroziniai kaverninis plaučių susirgimas, tai tuomet dar prieš torakoplastiką tinka padaryti frenikotomija.

Iš to, kas buvo kalbėta, bus taip pat aišku, kad uždaram pleuros viduje esanti steriliška tuberkuliozinė empyema gydoma visokiomis priemonėmis taip, kad į ją nepatektų pašalinė infekcija: todel, darant įvairias intervencijas, atydžiai užlaikoma aseptika ir vengiama tokio gydymo, kuris rišasi su nuolatiniu drenavimu bei plovimais.

Jeigu į uždaro pleuros vidaus tuberkuliozinę empyemą patenka pašalinė infekcija (pneumokokų, diplokokų etc), tai ir tuomet stengiamasi, kiek galima, konservatiniu būdu ta infekcija pašalinti. Lengvos pašalinės infekcijos pašalinimas gali gerai pavykti, jei pleuros vidus dar nesijungia su bronchais, resp. su trūkusia plaučių kaverna, iš kur tuomet nuolat infekcija pareina. Lengvai pašalinei infekcijai pašalinti daromos kartotinės pleuros punkcijos taip, kad visiškai iščiulptume pūlius ir jų vietoje, bent kas antrą dieną, suleistume į pleuros vidų, didinant dozę, 10—50 ccm. electrargoli (Baer'is), collargoli arba kit. antiseptinio tirpinio. Reikia vengti vartoti jodoformo emulsiją, kuri dažnai duoda intoksikacijos reiškinių. L. Spengler'is siūlo plauti empyemos vidų dideliu kiekiu (3—5 litrais) fiziologinio druskos tirpinio, arba lysoformo 0,5—$1^0/_{00}$, arba Jessen'o būdu praskiestu 5,0: 1000,0 Lugol'io tirpiniu (Jod 1,0, Jodkali 2,0 ,Ag. d. 40,0). Infekciją iš pleuros pašalinus, toliau vėl laikomasi taisyklių, taikomų neinfekuotai tuberkuliozinei empyemai gydyti.

Jeigu, vartojant antiseptinio gydymo būdus, nepavyksta pašalinti iš pleuros vidaus infekcijos, tai tuomet gan naudinga yra, preleminarinėmis punkcijomis sumažinus pleuros empyemą, daryti ekstrapleuralė torakoplastika (Spengler'is, Sauerbruch'as) ir toliau vėl kovoti su infekcija tuo būdu, kad, plastikai sugijus, empyemos vidus plačiai atidaromas. Bet jeigu ligonis žymiai sipnėja, jo kūno t^0 smarkiai kyla aukštyn, tai tuomet nieko kito nelieka, kaip tuojau tokia empyema gydyti, kaip paprasta: reikia ji plačiai atidaryti, padarius šonkaulių rezekciją. Čia patariama, norint nepakenkti plaučiams, nevartoti drenų, čiulpiančių iš pleuros pūlius. Infekuotos tuberkulizinės empyemos plačiu atidarymu organizmas dažnai gelbiamas nuo gresiančio sepsiso pavojaus.

Kitą kartą pašalinė infekcija patenka į tuberkuliozinę empyemą, jai trūkus per krūtinės ląstos sieną į orinę pusę arba per plaučius į bronchus. Tai infekcijai pašalinti reikia plačiai atidaryti empyemos vidus, padarius šonkaulių rezekciją. Pašalinus infekuotą empyemą, norint susiaurinti krūtinės ląstą ir nepalikti pūliams vietos, kur jų daug galėtų vėl susirinkti, daroma ekstrapleuralė torakoplastika. Krūtinės ląstą susiaurinus, nedidelė bronchinė fistula dažniausiai savaime užgyja.

Trūkus kavernai ir tuo būdu tuberkuliozinės pleuros empyemos vidui atsidarius į bronchus, įvyksta spontaninis pneumotoraksas, kas klinikoje gan lengvai galima pažinti iš mėlynų skreplių, padarius methylenblau injekciją į pleuros vidų. Tam spontaniniam pyopneumatoraksui esant, reikia stengtis, kiek galima, palikti jo eksudatas, kuriam veikiant dažnai mažos plaučių fistulos į bronchus savaime užsidaro. Tik tais atvejais, kai spontaninio pneumatorakso ir eksudato spaudimas žymiai kenkia krūtinės ląstos organams, tenka jis po truputį (300—500 ccm. iš karto) išleisti. Plaučių fistulai užsidarius ir eksudatui visiškai išnykus, kartotinio dirbtinio pneumatorakso pagalba eksudatas tenka pakeisti dujomis.

Turint galvoje gerą eksudato veikimą plaučių fistulų gijimo procesui, kai kada, spontaniniam pneumatoraksui įvykus, stengiamasi dirbtiniu būdu sukelti eksudatas, suleidžiant į pleuros vidų 20—50 ccm. 30% vynuogių cukraus tirpinio.

Kaip matyti iš to, kas buvo kalbėta, visais infekuotos tuberkuliozinės pleuros empyemos atsitikimais, norint greičiau infekciją pašalinti, vartojami antiseptiniai gydymo būdai sąryšyje su pleuros vidaus plovimais ir jos plačiu atidarymu. Jehn'as siūlo atidarytą pleuros vidų tamponuoti taip, kad pleura negalėtų susisiekti su oru.

Kadangi kiekviena, ypač tuberkuliozinė, ilgai buvusi empyema turi gan atsparias sienas, tai, empyemos vidų atidarius, paprastai pasilieka nuolat pūliuojančios iš vidaus einančios fistulos. Todėl, kai sunkiai del pašalinės infekcijos sirgęs ligonis sutvirtėja, tenka daryti, pleuros vidui pašalinti, plastikos operacijos, k. a. paravertebralė šonkaulių plastika (Sauerbruch'as) arba Schede operacija, kurios tikslas yra, pašalinus ties empyemos vidumi šonkaulius su pleura, likusiu ant plačios iš viršaus kojos odos - raumenų lopu tamponuoti visą vidų taip, kad raumens galėtų sulipti su išvalyta pleura pulmonalis ir kad tuo būdu nebeliktų vietos pūliams susirinkti. Kitokių pleuros empyemos vidaus plombavimų netinka vartoti.

Esant dideliai plaučių fistulai bei kavernos trūkimui ir susirinkus pleuros viduje dvokiančiam puvimo eksudatui, ligonio prognozė būna labai bloga. Tik atsargiomis chirurginėmis priemonėmis galima manyti tokį ligonį gelbėti. Tokiu atveju Sauerbruch'as daro iš pradžios 2—3 šonkaulių rezekciją, plačiai atidaro krūtinės ląstą ir išleidžia eksudatą. Krūtinės ląstoje atidarytas vidus tamponuojamas. Jeigu ligonio sveikata kiek pagerėja, tai, praėjus 6—8 savaitėms, pradedama daryti paravertebralė krūtinės ląstos plastika, arba Wilms'o pasiūlyta šonkaulių „stulpo rezekcija" („Pfeilerresektion"), arba Schede, arba kita panaši plastikos operacija, kad kelių seansų laiku pašalintume empyemos vidų. Plastikos operaciją padarius, paprastai ligonis ilgą laiką paliekamas klinikos apystovose lovoje, kol išgis, kol nebepasiliks pleuros susirgimo reiškinių.

Po operacijų išgijusiam ligoniui, kad jis galėtų galutinai sutvirtėti, taikoma dar visa eilė kitokio gydymo, k. a.: tyrame ore laikymas kombinuojant su atsargiu saulės spindulių arba dirbtinės kalnų saulės spindulių vartojimu; paskiau, aukštose vietose arba ant jūrų kranto ligonio laikymas; druskos maudyklių ir žalio muilo įtrinimo vartojimas.

Norint išvengti žymių, sunkias pasėkas turinčių, pleuros retrakcijų, reikia pasirūpinti nepervėlai pradėti alsavimo pratimus, kurie duotų galimybės išsiplėsti suvytusiems plaučiams. Pradėjus pratimus, geriausia iš pradžios daug kartų per dieną daryti tik pagilintas alsavimas, paskiau pasunkinti išalsavimas, pav.: į guminius maišus arba per vamzdelį į vandenį pūtimu, arba alsuoti į Götze pritaikytą Kuhn'o kaukę (maską), kad tuo būdu padidintume spaudimą bronchuose ir plėstume atelektazinius plaučius. Grödel'is, Schreiber'is ir kit. siūlo vartoti Bruns'o pasiūlytą sumažinto spaudimo alsavimą (Unterdruckatmung). Kai tuo būdu įalsuojamas dozuotai praskiestas oras, krūtinės ląsta daro stiprius inspiracinius judesius, kad pergalėtų atmosferos spaudimą iš orinės krūtinės ląstos pusės.

Gan gerai galima plėsti deformuota krūtinės ląstos pusė, fiksavus sveikąją jos pusę taip, kad jinai nealsuotų. Tam tikslui ligonis guldomas lovoje ant sveikojo šono padėjus po juo kočiolą; sergančios pusės ranka iškeliama virš galvos ir laikosi už gale lovos prikabintos kilpos. Tokioje padėtyje ligoniui leidžiama 3—5 kartus per dieną giliai alsuoti po 3—10 minučių.

Panašiai turėdamas suspaustą sveikąją krutinės pusę, ligonis gali alsuoti nesveikąja puse, sėdėdamas skersai ant kedės. Tuomet sveikosios pusės ranka laiko apėmusi kedės atlošą ir tuo būdu prie jo esti prispausta sveikoji krūtinės ląstos pusė; sergančios pusės ranka laikoma iškelta virš galvos (Quincke)).

Alsavimo gimnastiką vartojant, pleuros sulipimai pasileidžia ir suaugimai išsitampo, likęs eksudatas visiškai rezorbuojasi, padidėja ir pagerėja kraujo apytaka plaučiuose.

Kad sustiprėtų krūtinės ląstos ir nugaros raumens, del kurių nusilpimo pareina įvairūs stuomens iškrypimai bei išklypimai, gan naudinga yra daryti lengvi raumenų pratimai, švedų masažo ir gimnastikos sistemą vartojant.

Dar geriau visi pratimai kombinuoti su šilima, k. a., diathermia etc.

Aktyvus pneumatinis gydymas tam tikrose pneumatinėse kamerose ir kurortuose (pav.: Baden-Baden, Soden, Ems ir kt.) kitą kartą gan gerai veikia užsisenėjusiems atsitikimams esant (Niedner'is).

Kombinuoti mediko - mechaniniai gydymo būdai pritaikomi atatinkamai įtaisytose įstaigose.

Visus, kiek sunkesnių, pratimų judesius atliekant, reikia atidžiai kontroliuoti paciento kūno t⁰, kad laiku išvengtume tuberkuliozės proceso paaštrėjimo. Ir ypač reikia kreipti dėmesys į galimą proceso atsinaujinimą, gydant žymius pleuros suaugimus ir krūtinės ląstos retrakcijas, kur reikalinga vartoti gan griežtos mediko-mechaninės priemonės.

Jeigu kitą kartą daugelio šonkaulių rezekcija žymiai apsunkina pacientui alsavimą ir neleidžia jam daryti griežtesnius judesius, tai tuomet tenka trūkstančių šonkaulių vieta paremti tam tikrais ortopediniais pelotais (Brauer'is, Baeyer'is).

Literatūra.

1) Bacmeister. — Lehrbuch d. Lungenkrankheiten. 1921.

2) Bacmeister. — Die Behandlung der Pleuritis und des Pleuraempyems. (Münch. med Woch. 1922. Nr. 34).

3) Bacmeister. — Die Behandluug der tuberkulösen Pleuritis und des tuberkulösen Pleuraempyems. (Loewenstein. Handbuch d. gesamt. Tuberkul. - Therapie. 1923).

4) Baeyer, H. — Orthopädischer Erzats einer grossen Rippenlücke. (Deutsch. med. Woch. 1914, Nr. 14).

5) Boit, H. — Pleuraresorption. (zbl. f. Chir. 1913).

6) Boit, H. u. König. — Lymphverbindung zwieschen Achsenhöhle und Brusthöhle. (Bruns B. z. klin. Chir. 1920).

7) Bruns, O. — Ziele und Erfolge der Behandlung von Kreislaufstörungen mit Unterdruckathmung. (D. m. W. 1911, Nr. 48).

8) Bruns - Ewig. — Erkrankungen der Pleura. Kraus u. Brugsch Specielle Patologie u. Therapie inner. Krankheit. III. B. Lungenkrankheiten. 1924.

9) Harter. — Ueber die Behandlung der akuten und chronischen Empyems. (M. m. W. 1918, Nr. 31).

10) Jehn. — Die Behandlung der tuberkulösen Pleuraempyeme. (M. m. W. 1921, Nr. 18).

11) Niedner, O. — Die Nachbehandlung der Pleuritis. (D. m. W. 1921, Nr. 25).

12) Küttner. — Die Operationen am Brustkorb. Bier — Braun — Kümmel. Chirurgische Operationslehre. 1923.

13) Perthes. — Krankheiten der Pleura. Lehrbuch der Chirurgie v. Wullstein — Wilms. 1918.

14) Sauerbruch. — Die Chirurgie der Brustorgane. I. B. Die Erkrankungen der Lunge. 1920.

15) Tietze. — Zur Behandlung grosser starren Empyemhöhlen. (Zbl. f. Chir. 1920, Nr. 40).

16) Schmidt, A. — Offene Pleurapunktion. (Med. Klin. 1922, Nr. 45).

17) Vogel. — Behandlung von Empyemhöhlen. (Zbl. f. Chir. 1918, Nr. 45).

18). Wilms. — Die Behandlung des Empyems und der lange bestehenden tuberkulösen Pleuraexudate mit der Pfeilerresection. (D. m. W. 1914, Nr. 14).

19) Kiti chirurgijos ir ortopedijos rankvedžiai, origin. straipsniai ir referatai.

Dr. P. Kalvaitytė.

Chroniška plaučių tuberkuliozė rentgenogramose (demonstracija) ir jo rentgenoterapijos perspektyvos[1].

Rentgenologija plaučių ligų diagnostikoje, apskritai, ir plaučių tuberkuliozės, atskirai imant, dabar yra labai plačiai vartojama. Ir ne be reikalo, nes pasigaunant rentgenologijos galima rasti ligos židiniai plaučių gilumoje, kada kitais tyrimo būdais dar negalima jų pastebėti, galima nustatyti tiksliai ligos išsiplėtimas bei jos lokalizacija. Tokiu būdu, rentgenologiškai mes turime galimybės išaiškinti kliniškai neaiškius atsitikimus ir tiksliai nustatyti ligos išsiplėtimo laipsnį. Todel rengenologinis tyrinėjimas tiriant plaučių ligas niekados neturėtų būti apleidžiamas. Dabar, kaip yra išsitaręs Bono universiteto prof. Krause, plaučių ligų tyrinėjimas be rentgenologijos reikia laikyti nepilnu.

Bet vien rentgenologiškais daviniais pilnai nustatyti diagnozės negalima. Rentgenologiškai mes nustatome tiktai ligos stovį, gauname tam tikrame momente proceso išsiplėtimo vaizdą, ligos gi eiga, t. y. proceso aktyvumo laipsnis, pasilieka neišaiškinta. Proceso aktyvumas galima nustatyti rentgenologiškai tiktai nuotraukų serijomis, padarytomis su tam tikrais laikotarpiais, ir stebiant jose plaučių piešinio pakitimo vaizdą. Kadangi esant plaučiuose ir aktyviam procesui, didesni pakitimai, kuriuos gali stebėti mūsų akys, įvyksta, palyginti, negreit, tai rentgenologiškas proceso aktyvumo tyrimas užsitęstų ilgai; kliniškai gi tatai galima atlikti greit ir be didesnių sunkumų. Be to, rentgenologiški daviniai reikia visada kritiškai įvertinti. Rentgenologija nėra tai patologiška anatomija, kada, padarius sekciją, galima stebėti visos permainos, įvykusios organuose tokiomis, kokios jos yra, kada galima padaryti mikroskopiški bei chemiški audinių tyrinėjimai, — rentgenologija yra tai šešėlių bei projekcijų mokslas. Čia reikia spręsti apie įvykusius anatomiškus bei anatomiškai - chemiškus pakitimus organuose sulyg šešėlių didumu, jų intensyvumu, forma ir padėtimi. Ir nevienodos rūšies permainos dažnai duoda vienodus šešėlius rentgenogramose. Pavyzdžiui, beveik vienodi rentgenogramose šešėliai plaučių indų injekcijos ir peribronchinės infiltracijos; plaučių viršūnės esti užtemusios, kada jos yra infiltruotos uždegimo narvelių ir kada jos yra suspaustos riebalų; dėmetą plaučių vaizdą rentgenogramose gauname prie tuberkuliozės, prie mazginių disseminuotų neoplazmų, pagaliau, prie kalikozės ir tam panaš. Kliniškai, išegzaminavus ligonį, lengviau yra nustatyti rūšis įvykusių organuose pakitimų, duodančių rentgenogramose šešėlius. Taigi, rentgenologija papildo kliniškų tyrinėjimų davinius, kliniški gi—rentgenologiškus, todel praktikoje abi tos metodės turėtų būti jungiamos, kad tiksliai nustatytume ligos stovį ir jos eigą.

---

[1] Pranešimas, darytas 2-me Medicinos Fak-to posėdyje š. m. gegužio mėn. 17 d.

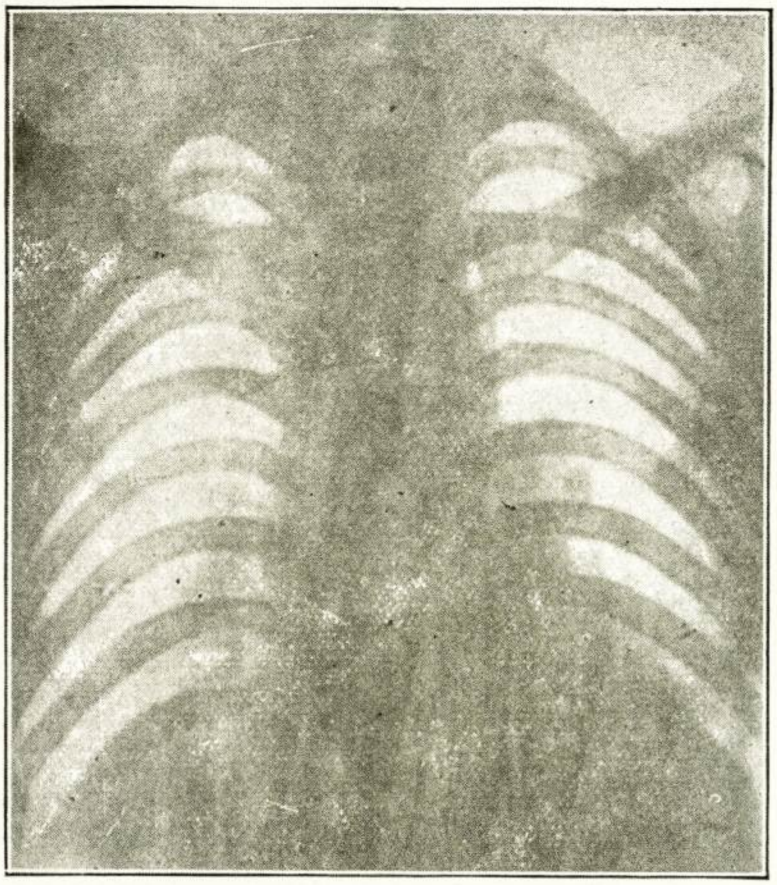
Plaučių ligų rentgenodiagnostikos klausimas plačiai yra gvildentas ir dabar tebegvildenamas literatūroje. Nemaža čia yra pasidarbavę žymūs rentgenologijos žinovai, k. a. prof. Albers-Schönberg'as, Lewy-Dorn'as, Holzknecht'as, Krause ir daugelis kitų; ypačiai yra užsitarnavę šioje srityje prof. Assmann'as, Graff'as ir Küpferle, davusieji visą eilę rimtų studijų su lavonais ir gyvuliais, injekuodami plaučių kraujo indus ir be tokios injekcijos. Tais tyrinėjimais yra tiksliai nustatytas tiek normalių, tiek ir patologiškai pakitusių plaučių vaizdas.

Normalūs plaučiai, kaipo turį visose savo dalyse lygiai oro, yra visur lygiai rentgeno spinduliams skaidrūs. Tiktai hylių srityje matome stambiųjų kraujo indų ir bronchų išsišakojimus, švelnaus medelio pavidalo. Kaip yra įrodęs Assmann'as, darydamas tyrinėjimus su injekuotais ir neinjekuotais lavonų bei gyvulių plaučiais, normoje hylių piešinis pareina nuo plaučių indų prisipildymo stovio, būtent, stipriau injekuoti kraujo indai duoda aiškiau išreikštą hylus'ų piešinį, mažiau gi pripildyti — silpnesnį; bronchai ir peribronchinės liaukos vaidina antraeilį vaidmenį ir normoje yra pridengti kraujo indais.

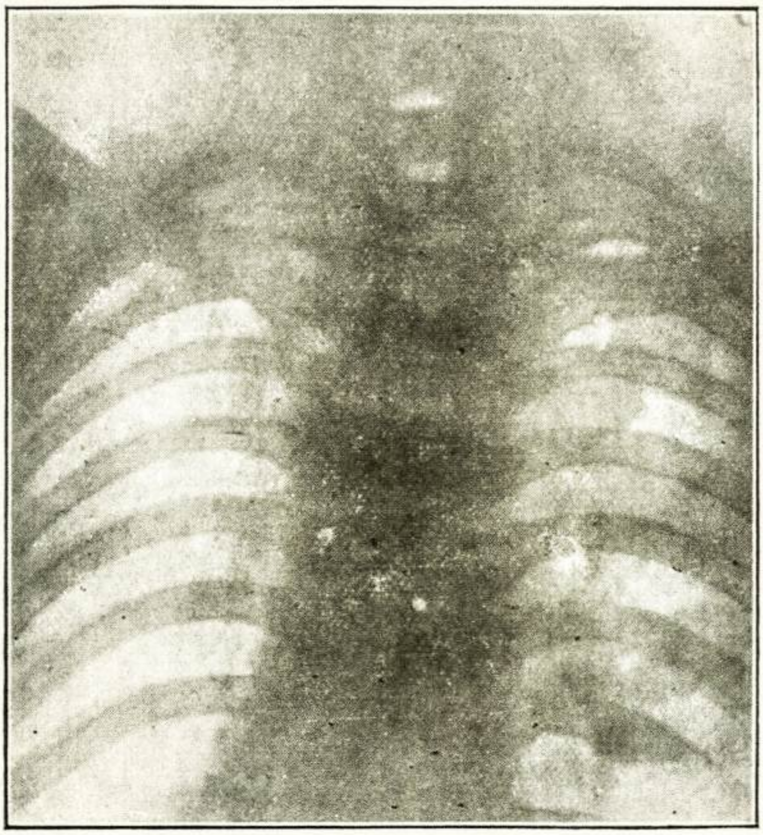
Aš tokių studijų patiekti negaliu del stokos laiko; parodysiu tat kliniškai normalių plaučių rentgenologinį atvaizdą. (Žiūr. atvaizdą Nr. 1).

Be abejonės, ir kliniškai normalūs plaučiai patologijos anatomijos bei rentgenologijos atžvilgiu gali jau būti pakitę. Sunku rasti mūsų aplinkybėse suaugusį žmogų, kuris nebūtų buvęs apsikrėtęs džiova ir neturėtų savo plaučiuose to apsikrėtimo pėdsakų. Bet šiame atsitikime mes matome plaučius visose dalyse lygiai skaidrius Rentgeno spinduliams su vidutiniškai išreikštu hylus'ų piešiniu. Tokie plaučiai rentgenologiškai galima laikyti normaliais.

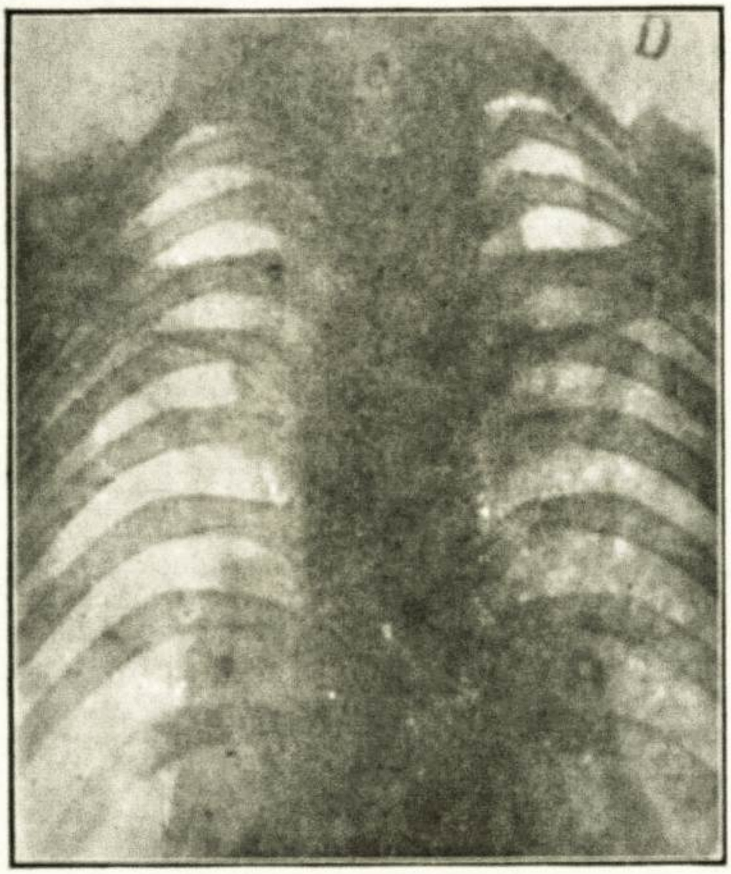
Pereidami dabar prie patologiškai pakitusių plaučių, prisiminsime, kad, susirgus plaučiams džiova, atsiranda juose uždegimo narvelių infiltratai — tuberkulai, kurie, ilgainiui, sukalkėja arba suvarškėja ir pradeda griūti. Visuose atsitikimuose, nesveikosiose dalyse plaučiai netenka oro ir todel pasidaro tose vietose mažiau skaidrūs Rentgeno spinduliams (oras apie 500 kartų yra skaidresnis Rentgeno spinduliams negu vanduo, kitaip sakant, negu mūsų organizmo minkštosios dalys. Walter Kotho-



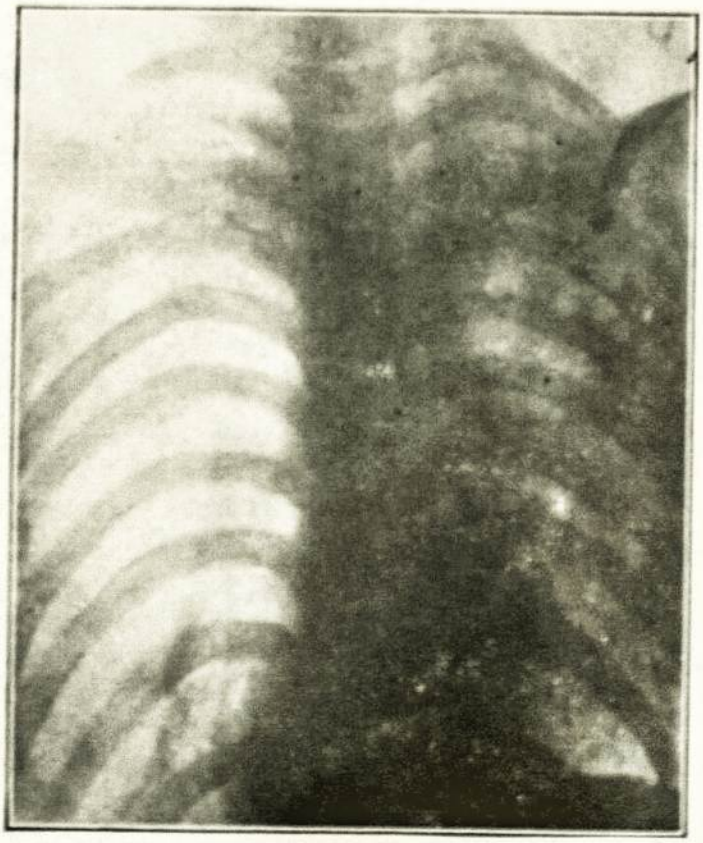
Atvaizdas Nr. 1.



Atvaizdas Nr. 2.



Atvaizdas Nr. 3.



Atvaizdas Nr. 4.

denstrahl. u. Röntgenstr. Röntgentechn. herausge. V. Albers-Schönnberg. 1919, Bd. I) ir duoda šešėlius tiek rentgenogramose, tiek ir peršvietimų ekranuose.

Šešėlių intensingumas priklauso ne tiktai nuo infiltratų didumo, tai yra masyvumo, bet ir nuo jų chemiškos sudėties. Juo daugiau yra kuriame daikte atomų aukšto eilės Nr., juo mažiau yra toji vieta skaidri Rentgeno spinduliams. Sukalkėję tuberkulai, kalkių pavidalo, turi tokių stipriai apsorbuojančių Rentgeno spindulius aukšto eilės Nr. atomų žymiai daugiau negu nesukalkėję ir todel jie duoda žymiai ryškesnius šešėlius negu pastarieji. Suvarškėję gi tuberkulai aukšto eilės Nr. atomų atžvilgiu mažai tesiskiria nuo paprastų uždegimo infiltratų ir todel vienodoje masėje yra lygiai skaidrūs Rentgeno spinduliams. Bet suvarškėję tuberkulai paprastai esti didesni už naujus uždegimo infiltratus ir yra linkę konfliuoti su aplinkiniais. Tokiu būdu suvarškėję tuberkulai paprastai duoda rentgenogramose stambesnias ir mažiau aiškiais kraštais dėmes negu nauji uždegimo infiltratai.

Dėka minėtoms tuberkuliozinių infiltratų rentgenologijos atžvilgiu ypatybėms, mes turime galimybės rentgenologiškai ne tiktai konstatuoti plaučių džiovą, bet ir atskirti vieną tuberkuliozės formą nuo kitos, kas terapijos atžvilgiu turi didelės reikšmės.

Rentgenologiškai Krause ir Assmann'as dalina chroniškąją plaučių tuberkuliozę į 3 grupes: I kalkėjančią mazginę; II — induraciniai - cirozišką̨ją, ir III — konfliuojančią kazeoziniai - pneumoniškąją. Pasak Aschoff'o, pirmosios 2 grupės priklauso proliferacinei formai, III-ioji — eksudacinei.

Mazginė forma pasižymi įvairaus dydžio, palyginti, ryškiais infiltratais, kurie dažniausiai esti vienoje kurioje, ar abiejose plaučių viršūnėse, arba hylus'ų srityje. (Žiūr. atvaizdą Nr. 2). Šiame atsitikime mes matome keletą tokių taškų kairiojoje plaučių pusėje po raktena; be to, turime neaiškias viršūnes.

Induraciniai - ciroziškoji forma pasižymi padidintu hylus'ų piešiniu, kuriuose dažnai matoma padidėjusių bei sukalkėjusių (kartais, gali būti, ir suvarškėjusių) hylus'ų limfos liaukų konglomeratų ir stipria peribronchine infiltracija. Čia hylus'ų išsišakojimai, guzuluotų druožių pavidalo, eina dažnai į visas puses, o ypač į viršūnes. Jeigu tokis ciroziškas tuberkuliozės židinys esti ne pačiuose hyliuose, bet šalia, atstu nuo jų, tai matoma aiškios druožės, einančios nuo tokio židinio į visas puses. (Žiūr. atvaizdą Nr. 3).

Šiame atvaizde matyti padidintas hylus'ų piešinys, besišakojąs į visas puses, ir kalkėjančių liaukų konglomeratai.

Pagaliau, kazeoziniai - pneumoniškoji forma duoda rentgenogramose dažnai intensyvias, bet neryškiais kraštais stambias dėmes, kurios susilieja savo pakraščiuose viena su kita. Dėmių intensyvumas čia priklauso nuo patologiškojo židinio masės.

Juo masyviškesnis židinys, juo ir intensyvesnis jo šešėlis rentgenogramoje. (Žiūr. atvaizdą Nr. 4)

Šioje rentgenogramoje matome tokias palyginti intensyvias konfliuojančias dėmes beveik visoje dišiniojoje plaučių pusėje. Be to, tuojau po raktena, čia matyti balandžio kiaušinio dydžio vieta, stipriau Rentgeno spinduliams skaidri negu aplinkinės dalys. Kraštai tos vietos, palyginti, aiškiai išreikšti, — čia turime vidutinio dydžio kavernos vaizdą. Kairioji gi plaučių pusė reikia laikyti neužgauta, nes ji visose dalyse yra lygiai R-spinduliams skaidri, gal tik truputį yra padidintas hylus'o piešinys.

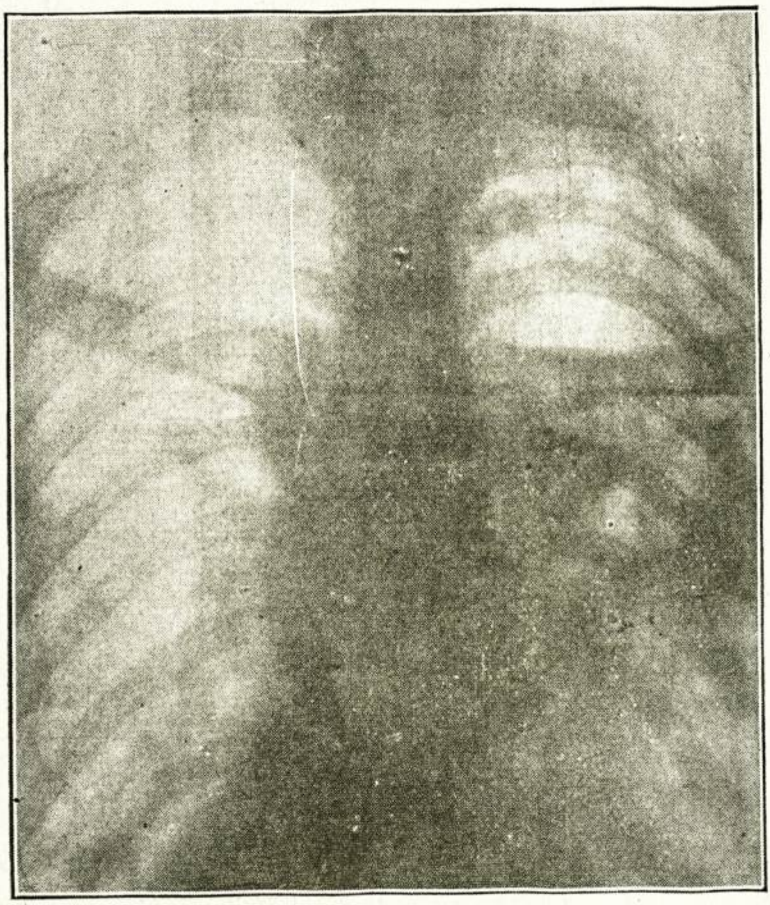
Tos chroniškosios tuberkuliozės formos dažnai kombinuojasi viena su kita. (Žiūr. atvaizdą Nr. 5). Šioje rentgenogramoje mes matome tokią kombinaciją: dešiniojoje viršūnėje čia yra keletas ryškių sukalkėjusių židinių dėmių, po raktena gi — konfliuojąs kazeozinis procesas.

Pereidama prie chroniškosios plaučių tuberkulozės rentgenoterapijos, turiu pasakyti, kad aš patyrimo šioje srityje neturiu, nes mes to gydymo būdo kolei kas netaikome, todel ir kalbėsiu tik apie tos terapijos perspektyvas.

Mes negydome chroniškosios plaučių tuberkulozės R-spinduliais del šių dviejų priežasčių: 1) gydymasis trunka labai ilgai, 2) terapija nespecifiška ir, kur neveikia kiti gydymo būdai, nieko negalima pagelbėti ir su rengenoterapija.

Gydymo technika sulyg Bacmeister'iu (o ji yra apskritai pripažinta) yra ši. Ligoniui reikia padaryti keletas švitinimo serijų. Esant plačiai išsiplatinusiam procesui, kiekvienoje serijoje reikia padaryti bent 10 švitinimų. Į dieną galima švitinti tik vienas švitinimo laukas; sekamas švitinimas galima daryti ne anksčiau, kaip 3 dienoms praėjus nuo pirmojo švitinimo ir t. t., tai yra, švitinimai galima daryti mažiausia su 3-jų dienų laikotarpiais, ir tai, jeigu ligonis jaučiasi gerai. Jeigu gi ligonis po rentgenoterapijos pradeda karščiuoti ar blogai jaučiasi, tai su švitinimu reikia palūkėti, kol nukris t° ir kol pasitaisys ligonio savyjauta. Tokiu būdu viena švitinimo serija galima padaryti ne anksčiau, kaip per mėnesį laiko. Aišku, kad visą tą laiką ligonis turi gulėti ligoninėje, nes reikia sekti jo sveikatos stovis. Tarp vienos ir kitos švitinimo serijų turi praeiti mažiausiai 8 dienos laiko, nes kitoniškai nebus dar pasibaigęs pirmojo švitinimo veikimas ir, pašvitinus antrą kartą anksčiau, negu išėjus minėtam laikui, galima gauti spindulių veikimo sumavimasis ir kartu su tuo perstipri reakcija ir todel negeistinos kenksmingos pasėkos. Švitinimų serijų daroma sulyg reikalu ištisus mėnesius. Į kiekvieną lauką leidžiama $^1/_{12}$ o e. v. — palyginti, maža dozė, bet bendra ruiminė dozė visgi yra nemaža: padauginę $^1/_{12}$ iš 10, gausime beveik pilną o. e. v. Leidžiama kieti stipriai filtruoti spinduliai.

Jeigu rentgenoterapija būtų specifiška chroniškajai tuberkuliozei, tai, be abėjonės, mes taikytume ją visais tos ligos atsitikimais, ne-



Atvaizdas Nr. 5.

žiūrint į jokias sunkenybes (Didžiausia čia sunkenybė—tai reikalas ilgai gulėti gydomajam pacientui ligoninėje); bet kaip jau minėjau, ši terapija nėra tai ligai specifiška, — ji veikia tiktai, kaipo organizmą stiprinąs vaistas. Be to, nevisada ji galima taikyti. Eksudacinio proceso atsitikimais, kaip rašo Bacmeister'is ir kiti vartojusieji šį gydymą, niekados negaunama teigiamų rezultatų, o dažnai proceso eigos paaštrėjimą. Tokiu būdu rentgenoterapijai tinka tiktai proliferacinės plaučių tuberkulozės formos.

Mūsų apystovose, kaip jau minėjau, sunku taikyti rentgenoterapija plaučių tuberkuliozei gydyti ir maža naudos galima laukti iš jos. Bet jeigu būtų įsteigta džiovininkams gerai įrengta ligoninė ar sanatorija, tai terapija visuose galimuose atsitikimuose turėtų būti taikoma, kaipo sustiprinąs organizmą kovoje su antkričiu vaistas.

Literatūra.

A. Diagnostika.

1) Assmann (Leipzig). — Lungentuberkulose ir Normal. Lungenzeichn. (Röntgendiagnostik innerer Krankheiten. 1921).

2) Böhme (Bochum). — Zur Kentniss des Röntgenbildes der Lungentuberkulose. (Fortschr. a. d. Geb. der. Röntgenstrahl. Bd. XXIX, H. 3).

3) Fleischner (Wien). — Zur Differentialdiagnose der Lungentuberkulose. (Fortschr. a. d. Geb. der Röntgenstrahl. Bd. XXXI. Kongressh.).

4. Groedel (Frankfurt a. M.). — Das normale Thoraxbild. (Röntgendiagn. der inner. Med. und den Grenzgebieten von Fr. Groedel. 1921).

5) Krause (Bonn). — Die Röntgendiagnose der Tuberkulose, (Ibidem).

6) Kaestle (München). — Das normale Thoraxbild in Die Lungentuberkulose. Lehrbuch der Röntgendiagnostik von A. Schittenhelm. 1924.

7) Küpferle (Freiburg in Br.) — Die anatomische Analyse des Röntgentbildes bei der Lungenphthise.

8. Munk. — Normaler Thorax ir Tuberkulose der Lunge. (Grundriss der Röntgendiagnostik der inner. Krankheit. 1922).

9. Schinz (Zürich). — Die Begutachtung der Lungentuberkulose auf Grund der Röntgenuntersuchung, Fehlerquellen und diffirentialdiagnostische Gesichtspunkte. (Fortschr. a. d. Gebiet der Röntgenstrahl. Bd. XVIII, H. 5).

B. Terapija.

10) De la Camp. (Freiburg in Br.) — Die Strahlenbehandlung der Tuberkulose (Strahlenth. Bd. XIII, H. 3).

11. De la Camp (Freiburg). — Die Röntgentherapie der Lungenphthise. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. XXXI. Kongressh.).

12) Bacmeister (St. Blasien). — Die Röntgenbehandlung der Lungentuberkulose. Iš Der Röntgenbehandlung der inner. Krankheiten herausg. v. F. Salzman. 1923.

13) Hilpert (Erlangen). — Die Behandlung der Tuberkulose mit Röntgenstrahlen. (Münch. m. W. 1922, Nr. 10).

14. 'Lorey (Hamburg). — Ergebnisse der Strahlenbehandlung der tuberkulosen Erkrankungen mit Ausnahme der chirurgischen Formen. (Ref. Strahlth. Bd. 13, H. 3).

15) Mory. — Unsere Erfahr. in d. Behandl. d. inner. Krankheiten mit Röntgenstrh. (Münch. m. W. 1921, Nr. 4).

617

16) Ritter u. Moje (Hamburg). — Eksperiment. Untersuchungen über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf Tuberkulbazillen und Tuberkulöses Gewebe. (Strahlenth Bd. 15, H 6).

17) Schroeder (Neulenburg). — Zur Behandlung der Lungentuberkulose mit Röntgenstrahl. (Dt. m. W. 1921, Nr. 45).

18) Weber (Z. Hauer). — Unsere therapeut. Erfahrungen 1920—22 m. (Strahlth. Bd. XV, H 3)

19) Wetterer (Mannheim). — Lungentuberkulose. Handbuch der Röntgentherapie. Bd. II.

Prof. Boit'as.

Apie prostatos hipertrofiją[1]).

Tikrosios prostatos hipertrofijos nebūna. Pagal naujus tyrinėjimus šis susirgimas yra periuretrinė adenoma, išeinanti iš prostatinės uretros dalies. Adenoma išsivysto iš prostatinės dalies uretros liaukų, zonoje tarp pūslės angos ir colliculus. Reiškia, adenoma sudaro jam tikrą branduolį prostatoje, kuri išsiplečia ir apvelka augantį naviką kapsulos pavidalu.

Tandler'is ir Zuckerkandl'is skiria du adenomišku naviko tipu. Pirmajam tipui esant, navikas auga įvairiomis linkmėmis ir, kaip vidurinė skiltis, savo viršutiniu poliu įsibriauna pro išplėstą sfinkterį į pūslę. (Žiūr. atvaizdą Nr. 1). Antrajam tipui esant, navikas auga po pūsle, pūslės dugnas suplokštėja, navikas esti ovoido formos arba apskritas ir apsupa uretrą žiedo pavidalu (žiūr. atvaizdą Nr. 2). Pačios prostatos sudarytoji kapsula esti įvairiose pirmojo tipo augimo stadijose taurės pavidalo, o antrojo tipo — uždarytas tuštymas. Beaugant adenomai, kinta prostatinės uretros dalies ilgis, lumen ir linkmė. Paprastas 3 cm. tos uretros dalies ilgis gali užaugti iki 6—8 cm.

Pirmajam tipui esant, į pūslę įėjusioji adenomos dalis sulaiko šlapimo išsituštinimą, nes ji, spaudžiant šlapimui, lyg vožtuvas užgula pūslės sfinkterį. Naviko plečiamas sfinkteris gali atrofuoti — išsivysto šlapimo inkontinencija.

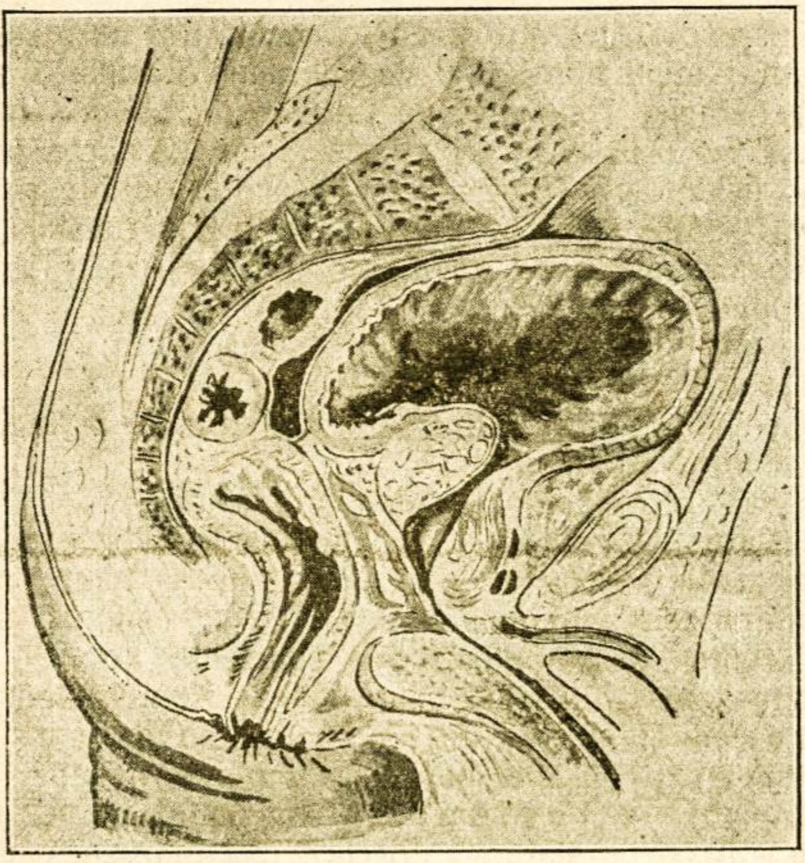
Antrajam tipui esant, šlapinimasis susitrukdo del uretros kompresijos iš oro. Adenoma spaudžia ir suploja uretrą kardo makščių pavidalu, lyg gurklis tracheją.

Del apsunkinto šlapinimosi išsivysto antriniai pakitimai — pūslės sienos hipertrofija ir diliatacija, urogenitalių organų uždegimas.

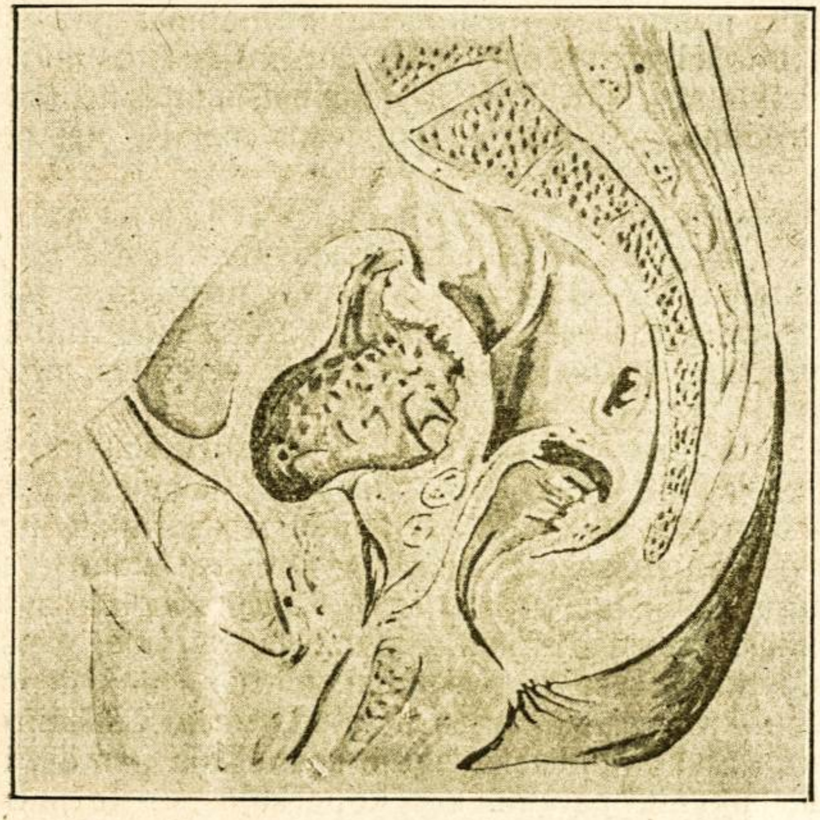
Daug kartų observuota intersticinė hipertrofija periuretrinėje adenomoje yra uždegimo padarinys. Del pūliuojamojo proceso liaukos gali arba žūti arba gali įvykti fibrosklerozinė adenomos audinių degeneracija. Taipogi įvyksta cistozinė degeneracija su liaukų ir epitelio žuvimu.

---

[1] Pranešimas, darytas Kauno Med. Dr-jos posėdyje š. m. birželio mėn. 6 d.



Atvaizdas Nr. 1. 1-asis prostatos hipertrofijos tipas.



Atvaizdas Nr. 2. 2-asis prostatos hipertrofijos tipas.

Chroniškojo uždegimo rezultate mes randame inkapsuliuotų pūlių židinių viduje fibroziškai degeneravusio audinio arba viso naviko degeneraciją į skaidulingą jungiamųjų audinių masę, kurioje liaukos bei raumenys arba visiškai išnykę, arba jų pasilikę tik menkos liekanos. Tokios formos prostatos hipertrofija gali būti lengvai sumaišyta su atrofija. Mikroskopiškas tyrimas, ypač naviko kraštų, duoda galimumo tiksliai įrodyti jo kilmę iš prostatos hipertrofijos.

Simptomai.

Šį ilgą susirgimą mes tikslingai skirstome į 3 fazes:

1) vystymosi stadija,
2) nevisiškojo šlapimo susilaikymo stadija,
3) visiškojo chroniškojo šlapimo susilaikymo stadija.

1-ojoj stadijoje lengvai susižadina, ypačiai nakty, noras šlapintis, šlapinimasis esti apsunkintas, srovė silpna, sutrūkusi. Pastaroji krenta tiessmukiau, prie paciento kojų — „il pisse sur les Chaussures“. Tačiau pūslė gali visiškai išsituštinti.

2-ojoje stadijoje, nevisiškojo šlapimo susilaikymo stadijoje, pūslėje pasilieka šlapimo liekana (50—200 ccm. ir daugiau) — „rezidualis šlapimas“ —, bet pūslė neišsiplečia. Atskiros šlapimo porcijos esti mažesnės negu normoje, ligonį verčia šlapintis 3—8 kart nakties metu. Del pūslės muskulatūros pastangų nugalėti kliūtį atsiranda skausmų, kurie pamažėli stiprėja. Del šlapimo susilaikymo gali susierzinti inkstai ir išsivystyti poliurija. Apsireiškia pirmutiniai prasidedančios šlapiminės intoksikacijos pažymiai: chroniškasis asimiliacijos sutrikimas, virškinimo sutrikimai ir nenumalšinamas troškulys greta apetito praradimo. Ši stadija gali tęstis metais, net dešimtimis metų.

3-ojoj stadijoje, chroniškojo visiškojo šlapimo susilaikymo stadijoj, įvyksta žymus pūslės išsiplėtimas, kuri gali sutalpinti 2—3 litrus. Šlapimas nenoroms laša beveik nuolat — ischuria paradoxa. Augančios intoksikacijos pažymiai yra šie: sausas liežuvis, ledeka, vėmimas, prostatiškoji kacheksija.

1 ir 2 stadijose gali įvykti aštrus visiškas šlapimo susilaikymas, kuris pasižymi be galo skausmingais pūslės mėšlungiais. Priežastis yra kongestija, serozinis adenomos prisigėrimas, kuris aiškinama kaip pasėka (pasekmė) stazės vietiniuose induose, specialiai prostatiniam rezginy (pl. prostaticus). Tyčia šlapimo sulaikymas, ilgas sėdėjimas, nesusilaikymas valgyme bei gėryme, gausus alaus vartojimas, lytiniai ekscesai, nušalimai, ypačiai ilgas sėdėjimas drėgnoj arba šaltoj vietoj, gali privesti prie aštriojo visiškojo šlapimo susilaikymo. Ši komplikacija ligoje apsireiškia gan dažnai. Kad šlapimo susilaikymas pareina nuo kongestijos, o ne nuo staigaus prostatos išbujojimo, įrodo faktas, kad susilaikymas gali praeiti, ir ligoniai vėl pradeda šlapintis paprastu būdu.

Aštrusis šlapimo susilaikymas gali rečiau ar dažniau pasikartoti. Dažnai jis lydi 2-ąją stadiją, chroniškojo nevisiškojo šlapimo susilaikymo stadiją.

Komplikacijos.

Dažniausioji komplikacija yra cistitas. Jis kartais išsivysto dar pirmojoj stadijoj del visiško susilaikymo ir beveik visada antrojoj stadijoj. Priežastis, su mažomis išimtimis, yra infekcija, įvesta bekateteriuojant. Atvejais, kada kateteris nebuvo vartojamas nei tyrinėjimo nei gydymo tikslu, mes turime prileisti, kad infekcijos gemalai pateko į pūslės sieną arba hematogeniniu keliu arba iš uretros bei žarnų ir rado sau patogią dirvą užsistovėjusiame šlapime. Jeigu teprisieina kateteriuoti tik vieną kitą kartą, tai infekcijos galima išvengti, rūpestingai dabojant aseptikos ir išplaunant pūslę Argenti nitrici 1:1000 tirpiniu. Priešingai, chroniškais atsitikimais, kada kateteriavimas reikia dažniau kartoti, paprastai infekcijos neišvengiama, nežiūrint visų atsargumo priemonių.

Pasikartojąs uretritas pareina nuo kateterio erzinimų.

Prostatitas su inter - arba remituojamąja temperatūra gali privesti prie prostatos absceso. Per rectum galima užčiuopti padidėjusioje prostatoje suminkštėjusius židinius, kurie gali trūkti į pūslę, uretrą arba į rectum. Dalinasis adenomos audinių sutirpimas del pūliavimo, pūlių išsituštinimas gali privesti prie adenomos susiraukšlėjimo ir šlapinimosi pagerėjimo iki pasveikimo.

Bakterijos gali iš uretros patekti į ductus ejaculatorii ir sukelti epidimitą vienoj arba abiejose pusėse. Pastarasis vyksta dažniausiai chroniškai, linkęs recidivuoti ir pereina į induraciją, retai į pūliavimą.

Pas prostatininkus su cistito komplikacija atsiranda kartais šlapimo liekanoje antrinių fosfatinių akmenų, kurie gali apsunkinti šlapinimąsi ir sukelti kraujavimą, bet gali ir nesukelti jokių simptomų.

Kraujavimai prasideda del kongestijos, del sužeidimų bekateteriuojant, bet taip pat ir be šių priežasčių, praėjus šlapimo susilaikymai — ex vacuo. Del staigaus spaudimo nukritimo pūslėje pritvinksta gležni kraujo indai ir lengvai įvyksta vieno arba daugeilo indų trūkimas, ypačiai jeigu indų sienose esama ateromatozės reiškinių.

Ascendentinis pielonefritas yra sunki gyvybei gresianti komplikacija. Del chroniškojo šlapimo susilaikymo įvyksta pielitas, pielonefritas, pionefrozė ir, pagaliau, bendrosios infekcijos reiškiniai — urosepsis, ir, „stiprėjant kacheksijai, ligoniai miršta. Ypačiai uretros bei prostatos traumos (via falsa) gali privesti prie urosepsio.

Diagnozė.

Iš aprašytų simptomų galima pastatyti spėjamoji diagnozė prostatos hipertrofijai, jeigu turima reikalo su pacientu, turinčiu

50 su viršum metų. Tolimesnių įrodymų ieškoma tiriant per rectum. Tas tyrimas duoda negatyvų rezultatą, jeigu viena adenomos pusė (vidurinė skiltis) padidinta pūslės linkui, arba jeigu yra intravezikalis barjeras, kaip tatai pastebima prostatos atrofijoj. Tokiais atvejais aiškesnės diagnozės pasiekiama cistoskopijos pagalba. Pastaroji priemonė, esant prastatos hipertrofijai, nevisada esti nekalta, dažnai dargi sunki ir pavojinga intervencija, kadangi ji gali duoti ligos pablogėjimą. Kartais nesiseka įvesti cistoskopo del prostatinės uretros dalies savybių. Užtat cistoskopija, esant prostatos hipertrofijai, indikuotina tik tada, jeigu nuo jos rezultatų pareina svarbus terapinis sprendimas.

Pūslės prisipildymas nustatoma palpacijos ir perkusijos būdu, šlapimo liekanos dydis randama, kateteriuojant tik ką nusišlapinusį pacientą.

Tikslus chemiškas ir mikroskopiškas tyrimas savaime suprantami.

Diferencinės diagnostikos atžvilgiu svarbu išskirti uretros striktūros, pūslės akmens, pūslės paralyžius, prostatos atrofija, prostatos karcinoma ir chroniškasis prostatitas; pastarųjų susirgimų diagnozė statoma, remiantis mikroskopiškais išspausto sekreto tyrimais ir tyrimu „su trimis stiklinėmis“.

Terapija.

Terapijos priemonių skaičius didelis. Čia aš paminėsiu tik tas priemones, kurias aš esu išmėginęs ir kurios dabar vartojamos Universiteto Chirurginėj Klinikoj Kaune.

Apsireiškus pirmiesiems sutrikimams, reikia stvertis priemonių išvengti kenksmams, kurie gali privesti prie prostatos kongestijos — nušalimai, šaltas alus ir kiti alkoholiniai gėralai, stipri kava, ilgas sėdėjimas, perilgas susilaikymas nuo šlapinimosi, vidurių sukietėjimas. Gerai veikia karštos pilnosios arba sėdimosios tynės (keliant t^0 nuo 35^0 C iki. 42^0) ir po tynių odos trynimai, vietinis šildymas (termoforas, Priesnitz'o karštieji kompresai) pūslės ir žarnų srityse.

Gydymas Rentgeno spinduliais.

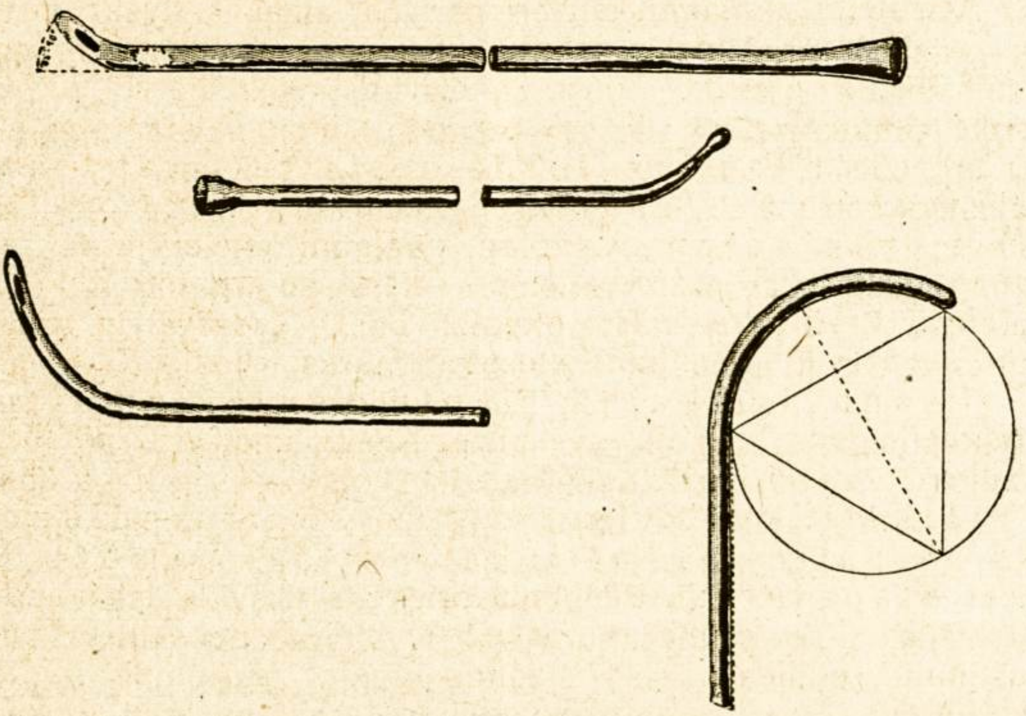
Prostata švitinama, leidžiant spindulius į perinei sritį ir žiūrono (speculum) pagalba per rectum, arba stengiamasi daryti įtakos prostatai kiaušelių švitinimu — „kastracija Rentgenu“. Kartais galima konstatuoti prostatos ir šlapimo liekanos sumažėjimas. Kitais atsitikimais pagerėjimo nesulaukta.

Kol kas apie tiesioginį arba netiesioginį švitinimą — kastracija Rentgenu — nieko tikro pasakyti negalima; reikalingi tolimesni tyrinėjimai.

Kateteriavimas.

Kateteriavimas yra svarbiausia simptomiška gydymo priemonė. Esant prostatos hipertrofijai kateteriuoti sunku ir kartais gan pavojinga, užtat kateterio vartojimas turi turėti griežtų indikacijų.

Iš karto mėginama įvesti minkšti instrumentai (Nelaton'o kateteris), ev. kateteriai su Mercier'o arba Guyon'o įlenkimu (Tiemann'o kateteris). (Žiūr. atvaizdą Nr. 3).



Atvaizdas Nr. 3. Viršuj kateteris su Mercier'o įlenkimu. Viduryj Thiemann'o kateteris. Apačioje iš kairės metalinis kateteris su dideliu lanku ir ilgu snapu. Apačioje iš dešinės Brodie kateteris labai smarkiai padidintai prostatai su diktoku šlapimo kanalo pailgėjimu.

Jeigu jie netinka, anestezuojama priešakinė ir užpakalinė uretros dalis suvartojant apie 10 ccm. 2°/₀ tirpinio Alypini nitrici, kuris įšvirkščiama su paprasta gonoreine švirkšle. Orificium po to palaikoma užspaustas mažiausiai 5 minutes. Po to dažnai esti labai naudinga įvesti į uretrą parafino arba sterilio aliejaus, kadangi jie daro gleivinę slidesnę.

Jeigu minkštų kateterių įvesti į pūslę nepavyksta, tai mėginama šilku atausti kateteriai su Mercier'o įlenkimu, kurie yra labai patogūs, esant prostatos hipertrofijai. Jeigu nepavyksta įvesti ir šie kateteriai, tai kartajoma metaliniai stipraus kalibro kateteriai su dideliu įlenvimu ir ilgu snapu. Kateteris įvedama atsargiai, nevartojant jėgos. Pavojingi uretros įlinkimai randasi užpakalinėje sienoje, būtent, colliculi aukštumoje ir po vidurine skiltimi. Priešingai, priešakinė siena palyginti mažai tepakitėjus. Todel, rūpestingai laikantis su kateterio viršūne priešakinės sienos, galima išvengti nepasisekimo. Instrumentais su trumpais snapais galima perdurti prostata. Jeigu praskinta netikras kelias (via falsa), reikia liautis kateteriavus, jeigu tam nėra būtinų indikacijų.

Jeigu šlapimo susilaikymas tęsiasi ilgą laiką, tai, turint sunkumų su keteteriavimu ir esant cistitui, įvedama į pūslę ir paliekama ilgesniam laikui minkštas kateteris, kaipo nuolatinis kateteris.

Jeigu nepavyksta įvesti Nelaton'o arba šilku atausto kateterio, tai kartais kateteris nugali kliūtį, įvedus į jį mandreną.

Vartojant nuolatinį kateterį neišvengiamai išsivysto cistitas, nors pūslė iš pradžios ir nebūtų infekuota, nes kateteris greitu laiku sukelia uretritą, kurio pūliavimas pereina ir į pūslę. Todel, turint vaiskią uriną, nuolatinis kateteris leistinas tik tokiais atsitikimais, kada kateteriavimas esti labai sunkus ir nuolat sukelia kraujavimą. Vartojant nuolatinį kateterį pūslė reikia dažnai plauti, geriausiai kasdien po 1 kartą, su Arg. nitrici 1 : 1.000 tirpiniu ir 2—3 kart su Hg. oxyc. 1 : 5.000, kad išvalytų ir dezinfekuotų pūslę ir išvengtume kateterio inkrustacijos.

Esant visiškajam šlapimo sulaikymui, pirmojoj ligos stadijoj, pūslė ištuštinama visiškai, bet iš palengvo; 2-joj bei 3-joj stadijose visiškas pūslės ištuštinimas vienu žygiu kontraindikuotinas; ištuštinimas atliekama visai pamažu keliais etapais. Nusižengimai prieš šią taisyklę labai dažnai atsikeršija. Kraujavimai, kurie gali įvykti nuo per skubaus pūslės ištuštinimo, ir didelis viso šlapimo trakto jautrumas infekcijai gali ligonius po trumpo pagerėjimo greit nuvaryti į kapus. Pasak Casper'io, kai tik įvykstąs tam tikras spaudimo skirtumas tarp tuščios ir pirma pripildytos pūslės, visas organizmas reaguojąs gilia alteracija, kuri vedanti sunykusius, ateromatozinius ligonius prie exitus. Šį apsireiškimą Praetorius pavadino „Entlastungsreaktion“. Taipogi jis mano, kad staigus paprastų šlapimo nubėgimo sąlygų pakitimas sukeliąs žymią viso organizmo alteraciją, pirmų pirmiausia inkstų. Todel Schlange rekomenduoja pirmomis dienomis palengvinti tikdidžiulį įtempimą, nuleidžiant iš pradžios apie 500 ccm. ir vėliau kasdien didinant nuleidžiamąjį kiekį. Casper'is pataria tuštinti pūslę su dideliu atsargumu ir labai iš lėto ir po to įleisti 1000 ccm. sterilio vandens ir jį palikti pūslėje. Tik iš palengvo einama prie visiško pūslės ištuštinimo ir viso plaunamojo vandens pašalinimo.

Jeigu kateteriavimas nepavyksta, o pūslė stovi aukštai, tai daroma pūslės punkcija su kapilartruakaru. Tuoj viršum simfizės truputį įpiaunama oda ir duriama truakaru stačiai užpakalio linkui. Punkcija nepavojinga, net darant ją keletą kartų. Siaura dūrio angutė užsitraukia tuojau savaime Sužeisti peritoneum negalima, nes jis stovi aukštai. Jeigu turima praskintas via falsa, kuris kliudo kateteriuoti, tai po keleto pūslės punkcijų dažniausiai vėl pavyksta įvesti kateteris pro uretrą.

Tik smarkiai kraujuojant į pūslę, punkcija nieko nepadeda. Tokiu atveju indikuotina sectio alta, kaip operatio necessitatis.

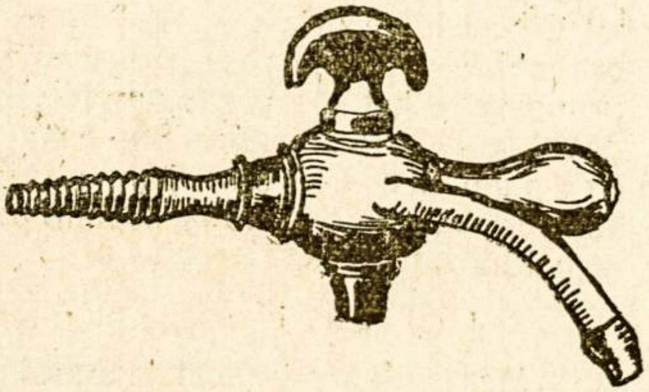
Po kiek laiko nuo kateteriavimo, kuri atlieka gydytojas, dauguma sergančiųjų prostata vėl gali spontaniškai šlapintis. Kitiems prisieina dar toliau vartoti kateteris su tam tikromis pauzėmis; tokie ligoniai dažnai patys įgusta save kateteriuoti. Tik jie reikia gerai instruktuoti ir nurodyti, kokiu būdu jie turi įvesti sau kateterį.

Kateteriavimas reikalinga pakartoti 2—3 kart kas 24 valandas, jeigu šlapimo išsiskiria normalus kiekis (1.500 ccm). Jeigu del inkstų susijaudinimo išsivysto poliurija, tai kateteriuoti reikia dažniau. Pagrindinis svarbiausias paros kateteriavimas geriausia atlikti vakare prieš einant gultų. Su juo suderinama kitų kateteriavimų laikas ir skaičius. Didelės reikšmės turi pedantiškas kateteriavimo reguliarumas, kai tik konstuota, kad šlapimo liekana nenukrenta žemiau 200 ccm. Nuo reguliariško kateteriavimo pareina taip pat reguliariškas pūslės plovimas arba 15% Collargol'io injekcija į tuščią pūslę.

Pūslę plauti pacientai turi išmokti kartu su autokateteriavimu.

Patartina žemiau dedamos autokateteriavimo ir plovimo Schlagintweit'o taisyklės įteikti pacientui į rankas:

1. Tirpinys visokiems reikalams: Hydrarg. oxycyanat. 1 : 4000. Jis paruošti ir patogiai sau pastatyti.
2. Pripilti butelis ilgu kaklu pilnas tirpinio. Į jį įstatyti kateteris atatinkamo numerio. Tirpinys negenda ilgai.
3. Stiklinė su vatos tamponais (vatos tamponai primirkyti 1-me punkte nurodytu tirpiniu).
4. Stiklinė su tepalu (Katheterpurin) pasistatyti atdara.
5. Irigatorius pripildyti šilto tirpinio (Prie irigatoriaus $1^{1}/_{2}$ m. ilgio guminis vamzdelis su Wildunger'io kranu. Žiūr. atvaizdą Nr. 4).
6. Kranas su vamzdeliu pasidėti parankiai.
7. Kedė ir prausiamasis dubuo ar kibiras pastatyti vietoje.
8. Švarkas ir liemenė nusivikti, rankovės atsiraityti, atsegioti kelnės.
9. Rankos nusimazgoti ir nesišluostyti; su dešiniąja ranka daugiau nieko nebeliesti.
10. Atsisėsti.
11. Kateteris išimti iš butelio ir įkišti į tepalą.
12. Varpos galiukas ištrinti su vatos tamponu.
13. Įvesti kateteris, laikant snapą aukštyn.



Atvaizdas Nr. 4. Wildunger'io kranas. Šitas kranas tinka pacientams, kurie patys plaunasi pūslę, nes jie patys gali regulioti vandens tekėjimo kryptį, pasukdami ten bei šen kraną, neišjungdami jo nuo kateterio.

14. Kai ima tekėti, toliau nebekišti, duoti šlapimui visam nubėgti.

15. Kranas sujungti su kateteriu.

16. Kranas atidaryti ir leisti pūslėn skystimas, kol užeis noras šlapintis, bet nieku būdu ne daugiau kaip $^1/_3$ litro.

17. Atidaryti kranas ir leisti nubėgti.

18. Vėl uždaryti kranas, vėl įleisti ir nuleisti — iš viso tris kart.

19. Pagaliau visas skystimas nuleisti, pastumdan kateterį.

20. Ištraukti kateteris.

21. Kateteris išjungti, išplauti, išdžiovinti ir įvynioti į švarią skarikę.

22. Kranas įdėti į irigatorių, kuriame visada pasilieka truputis skystimo.

23. Tuojau po to įdėti į butelį su skystimu kitas kateteris, kur jis turi pasilikti iki pavartosiant. Vartojama tiek kateterių, kiek kartų reikia kateteriuoti per parą. Mažiausiai reikia turėti 2 kateteriu, kad vienas galėtų visą laiką džiūti, tuo tarpu kai kitas mirksta sublimato tirpinyj. Taip jie laikosi ilgiausiai.

Kadangi nežiūrint idealaus kateteriavimo apsinuodijimas šlapimu vis tik įvyksta, tai pacientui reikia iš anksto pasiūlyti prostatektomija, ne kaipo ultimum refugium, bet kaipo tikra gydymo priemonė.

Operacinis gydymas.

Dauguma chirurgų duoda pirmenybės suprapubinei prostatektomijai, o ne perinealei. Aš irgi tevartoju išimtinai pirmutinį būdą ir galiu iš savo prityrimų pasakyti, kad, turint rūpestingai nustatytas indikacijas ir gerai paruoštą operacijai pacientą, operacijos rizika yra maža. Pavojai glūdi ne tiek pačioj operacijoj, kiek tame, kad visada tenka turėti reikalo su senais žmonėmis, kurie yra linkę prie plaučių ligų ir trombozės su embolija. Suprapubinė ektomija paprastai lengviau ir greičiau atlikti, gijimas trumpesnis, bet jos mirtingumas yra didesnis negu perinealės ir pasiekia 13—15 : 6—8%. Bet užtat pergyvenusieji suprapubinę ektomiją neturi sunkumų, tuo tarpu kai perinealė duoda 20% nepilno pagijimo—inkontinencija ir tiek nemalonios fistulos.

Indikacijos ir kontraindikacijos.

Mes siūlome prostataktektomiją pacientams, kurie, besišlapindami, negali apsieiti be kateterio. Reikia priimti domėn taipogi socialės paciento sąlygos. Kateteriavimo sunkumai darbininkui yra kur kas didesni, negu pasiturinčiam asmeniui, kuris savo gyvenimą gali suderinti su savo liga. Rimti kateteriavimo sunkumai — dideli skausmai, aštrus noras šlapintis, via falsa, kraujavimai, akmenys — padidina indikacijų skaičių.

Kontraindikacijas radikaliai operacijai sudaro ne tiek senas amžius, kiek nusilpimas, diabetes ir inkstų insuficiencija. Turint akyvaizdoje šias komplikacijas, vartojama abipusiškoji vazektomija (vasorum deferentium rezekcija) ir rentgenoterapija.

Kauno Chirurginėje klinikoje prostatininkai gydoma šuo būdu. 2-sios ir 3 iosios stadijos ligoniai, esant apsinuodijimui šlapimu, kuris paprastai išsivysto, gauna nuolatinį kateterį. Cistitui gydyti plaunama 2—3 kart per dieną pūslė. Gydymo pradžioje iš principo daroma abiejose pusėse vazektomija vietinėje anestezijoje. Tuo būdu išvengiama epididimito del nuolatinio kateterio vartojimo. Be to, kai kuriais atsitikimais įvyksta naviko sumažėjimas, kuris pareina ne nuo susiraukšlėjimo, bet nuo ūmai įvykusios deplecijos del dekongestijos. Von Haberer'is pastebėjo po vazektomijos 40-tyje jo atsitikimų tiek smarkų simptomų regresą, jog prostatektomija jam nebebuvo reikalinga. Kadangi kituose gydymo būduose tokių gerų rezultatų negauta, tai mes turime teisės daryti ektomiją kiekvienu atsitikimu, kada prostatektomija kontraindikuotina. Ši operacija yra maža, niekuo nedėta intervencija, kuri galima atlikti net ambulatoriškai.

Kaip jau buvo pažymėta, didėjąs troškulys ir burnos džiūvimas yra svarbūs simtpomai, rodą inkstų susirgimą jau esant. Lengvi jo laipsniai pataisoma, vartojant ilgą laiką nuolatinį kateterį.

Metodės, kurias mes vartojame inkstų susirgimui pažinti, yra chromocistoskopija, šlapimo koncentracijos bei diliatacijos gabumo nustatymas ir krioskopija. Be to, mums gali daug padėti kraujo spaudimo matavimas. Jeigu mes matome, kad kraujo spaudimas mažėja, tai ligos prognozė gera.

Von Monakow'as ir Mayer'is rado įvairiose ilgai observuotose prostatos hipertrofijose, jeigu jos nebuvo gydomos, azoto liekanos padaugėjimą ir kraujo spaudimo padidėjimą, kurie nuo poilsio lovoje ir nuolatinio kateterio likviduodavosi.

Nuo gydymo nuolatiniu kateteriu, nuo pūslės plovimų ir vazektomijos paprastai pacientai žymiai pasitaiso ir jų svoris padidėja. Kai tik šlapimas pasidaro vaiskesnis ir inkstų stovis žymiai pagerėja, daroma suprapubinė prostatektomija. Inkstų susirgimo pagerėjimas galima susekti paprastu būdu, bandant su indigokarminu. Laikas tarp intramuskulinės injekcijos ir šlapimo pamėlynavimo pamažėli mažta. Jeigu jis, sakysim, siekia iš karto 15 minučių, tai nuo nuolatinio kateterio, kaip mūsų pastebėta, po keletos savaičių jis sumažėja iki 10 min.

Prostatektomiją mes atliekame liumbalinėje anestezijoje, įleidus pirma į pūslę 300—400 ccm. 3% Acidi borici tirpinio. Atidarę pūslę sectio alta piūviu, mes pirštu įeiname į pūslę, atseparuojame pagal Ringleb'ą nagu gleivinę nuo uretros ir bedame (smeigiame) pirštą, kad patektų į pageidaujamą sluoksnį.

Tatai yra labai svarbu, kadangi šiuo būdu geriausia išvengti limfos ir kraujo takų sužalojimo. Gliaudymui aš vartoju dešinįjį smilį ir didžiulį pirštą o jiems nuvargus juos pavaduoju kairiosios rankos tais pat pirštais. Vienas asistentas spaudžia prostatą priekin per rectum. Įvedus Nelaton'o kateterį į pūslę, jodoformuotos merlės tamponą į žaizdos dugną ir guminį vamzdelį į pūslės žaizdą, pastaroji užsiuvama dviem siūlėm iki vamzdelio ir peritoneum aptempiama aplink vamzdelį, kad, išėmus pastarąjį, jis apklotų fistulą ir tuo būdu padėtų užgyti žaizdai. Tamponas pašalinama kokią 5-tą dieną, pūslės drenas 8—10 d. ir kateteris — užsidarius pūslės fistulai, 14—20 dieną. Operacijos dienoje įleidžiama pacientui į veną 10 ccm. $40^0/_0$ urotropino tirpinio, kad sumažintų pneumonijos ir žaizdos apsikrėtimo pavojų. Pooperaciniam gydyme svarbu dažnai daryti negausūs pūslės plovimai. Dar operacijos dienoje pacientas sodinama lovoje ir pratinama mankštytis kvėpuoti ir judėti kojomis ir rankomis. Kraujavimui numalšinti vartojama sekakorninas, kuris duodama 2 kart per dieną per pirmutines 2 savaites, iš karto intramusculare, o vėliau per os.

Mūsų rezultatai.

Per paskutinius $1^3/_4$ metus V. Kauno Ligoninėje padaryta 10 suprapubinių prostatektomijų, 3 vazektomijos ir 1 prostatos absceso atidarymas iš tarpukirkšnio pusės.

Prostatektomijos padaryta pacientams 59—78 metų amžiaus. 7 išgijo 3 mirė. Pirmutinis mirė, tur būt, nuo apopleksijos: 4-tą savaitę po operacijos, tą dieną, kada jis turėjo būti išrašytas, jis staigiai krito begeriant kavą ir tuojau mirė. Jis buvo visai pasveikęs ir turėjo beveik vaiskų šlapimą. 2-asis mirė $3^1/_2$ sav. po operacijos del erysipelas faciei, turėdamas dar myodegeneratio cordis. 3 čiąjį įveikė 6-tą dieną post operationem embolija, po to kai jis jau 4 dienas buvo apleidęs lovą. Pooperacinė ligos eiga buvo normali. Sekcija patvirtino klinišką diagnozę. Reiškia, abu pirmutiniu mirties atsitikimu neturi ryšio su operacija, o prieš emboliją mes nieko negalime padaryti.

7 pasveikusieji pacientai išgijo visai ir įstabiai pasitaisė. Jie visi buvo 3-iojoj ligos stadijoj ir turėjo, išskiriant 2, sunkų cistitą. *Tik del ilgo ir rūpestingo paruošiamojo ligonių gydymo operacija pavyko be jokių komplikacijų.*

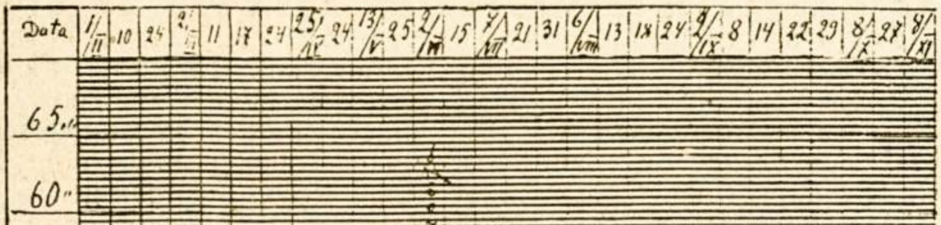
Iš 3-jų pacientų su vazektomija vienas buvo 3-iojoj, o 2 likusieji — 2-ojoj stadijoj su aštria visiška retentio urinae.

60 metų vyras, buvęs 3-iojoj ligos stadijoj, vaizdavo sunkiausią ligos vaizdą iš visų 3-jų atsitikimų. Del via falsa įvyko varpos ir tarpukirkšnio infiltracija šlapimu, vėliau uretros fistula ir uretros striktūra. Be to, pasidarė daugybė prostatos abscesų, po kurių išgijimo hypertrofavusioji prostata virto plokščiu randu. Gydymas tęsėsi nuo 1923 m. gegužės mėn. 22 d. iki 1924 m.

geg. mėn. 3 d. Tiriant 1924 m. birž. mėn. 7 d.. rasta vidutiniškas cistitas, o šlapimo liekanos nebuvo. Ligonis šlapinasi 6 kart per parą. Bendras stovis geras.

Pas kitą, 70 metų žmogų, trims savaitėms praėjus po vazektomijos, šlapimo liekana sumažėjo iki 30—50 ccm. Pacientas nebenorėjo ektomijos ir buvo išrašytas.

Ypač įstabus buvo vazektomijos veikimas 3-jam atsitikime, pas 67 metų valdininką, kuris del savo ligos jau 2 metai nebegalėjo eiti tarnybos pareigų. Nežiūrint į tai, kad jis buvo ištisais mėnesiais gydomas nuolatiniu kateteriu ir pūslės plovimais, įvyko atkakli stafilokokų, streptokokų ir Coli-bakterijų pūslės infekcija. Kairiosios blauzdos raumenyje pasidarė metastazinis abscesas, kuris buvo kelis kart perpiautas. 1923 m. balandžio mėn. viduryje kaitais pacientui užeidavo ištižimas — jis vos begalėjo del silpnumo kalbėti ir turėjo pagreitintą kvėpavimą. Giminės jau manė, kad jis greitu laiku mirsiąs. Birželio 23 d. svoris, kuris priimant į ligoninę 1923 m. sausio mėn. buvo lygus 54 kg., nukrito iki 42 kg. Tik dabar pacientas pareiškė sutinkąs, kad darytų vazektomiją. Po tos operacijos, kuri buvo atlikta 1923 m. birželio mėn. 2 d., ligoniui sugrįžo apetitas ir svoris pradėjo nuolat augti. Rugpiūtyje pacientas pradėjo spontaniškai šlapintis. Išsirašymo momentu, 1923 m. liepos mėn. 7 d., paciento svoris buvo pasiekęs 56 kg., reiškia, 14 kg. daugiau negu vazektomijos momentu (žiūr. atvaizdą Nr. 5). Šlapimo liekana svyravo tarp 50 ir 80 ccm. Cistitas buvo mažas. Gauta laišku pranešimas, kad jis vėl grįžo tarnybon.



Atvaizdas Nr. 5. Ligonio svorio kreivoji.

Prostatos hipertrofijos atsitikimas su abscesu (60 metų žmogus) buvo dar komplikuotas kiaušelio uždegimu (epididimitis).

Iš karto buvo kastruota absceduojąs kiaušelis ir po 9 dienų buvo atidarytas prostatos abscesas, įpiaunant tarpukirkšnį. Greit po to pacientas galėjo vėl spontaniškai šlapintis. 3 savaitės po incizijos vėl nebebuvo galima užčiuopti prostatos per rectum. Pacientas išėjo iš ligoninės visiškai pasveikęs.

Šis atsitikimas ir pirmutinis vazektomijos atsitikimas rodo, kad po infliamacinio proceso, su pūliavimu ir audimų griuvimu, gali įvykti atrofiškasis prostatos sumažėjimas ir šlapinimasis gali pasidaryti normalus arba beveik normalus.

Zusammenfassung.

Die Prostatahypertrophie ist als eine Adenom der periurethralen Drüsen der prostatischen Harnröhre aufzufassen. Unterschieden wird bei Erkrankung 1) das Stadium der Entwicklung, 2) der inkompletten Harnretention, 3) der kompletten chronischen Harnretention. Im Stadium 1 und 2 kann eine akute komplette Harnverhaltung auftreten, mit der oft das Leiden in Erscheinung tritt. Als Komplikationen stellen sich Entzündungen der Harn- und Geschlechtsorgane ein, die durch Urosepsis tödlich enden können. Die Diagnose wird aus den angeführten Symptomen, durch Rectaluntersuchung, Blasenpalpation, Feststellung des Residualharns, chemische und mikroskopische Untersuchung des Urins und, bei vorhandenem Mittellappen und intravesikaler Barrière, durch Cystoskopie gestellt. Die konservative Therapie besteht in heissen Sitz - und Vollbädern, lokaler Wärmeanwendung, direkter Röntgenbestrahlung oder Hodenbestrahlung — Röntgenkastration — in Anwendung des Katheters oder Dauerkatheters, bei Unmöglichkeit der Kathetereinführung in Punktion der Blase mit Kapillartroikart. Operativ wenden wir die suprapubische Prostatectomie an nach vorheriger Resektion der Vasa deferentia, wenn der Patient ein „Katheterleben“ führt. Kontraindikationen sind insufficiente Nieren und Kräfteverfall. In diesen Fällen ist Resektion der Vasa deferentia und Röntgenbestrahlung indiziert. Durch die Vasaresektion erreichen wir Verkleinerung der Prostatageschwulst durch Dekongestierung und dadurch in einem Teil der Fälle eine Besserung der Urinentleerung. In der Chir. Klinik Kowno wurden in 1¾ Jahren 10 Prostatectomien ausgeführt; 7 davon sind geheilt, 3 gestorben, und zwar einer an Apoplexie, einer an Erysipelas faciei bei Myodegeneratio cordis und einer an Embolie am 6 Tage post operationem. Bei 3 Fällen wurde nur die Resektion der Vasa deferentia ausgeführt; die Urinentleerung wurde danach wieder fast normal. Bei einem Falle, der durch Prostataabscess kompliziert war, erfolgte nach Incision des Abscesses Schrumpfung der Prostata und Wiederstellung normaler Urinentleerung.

Literatūra.

1. Casper. — Lehrbuch der Urologie.
2. v. Haberer. — Med. Klinik 1921. Wien. Klin. Woch.
3. v. Monakow u. Mayer bei Tilgren. — Functional kidney — test in patients with hypertrophie of the prostata. 9 North. congr. f. intern. med., Copenhagen 18—20. VIII. 1919.
4. Praetorius. — Nach Casper S. 311.
5. Schlagintweit — Urologie des praktischen Artztes 1921. Schummanns Verlag München.
6. Schlange — Handbuch der praktischen Chirurgie. Garre, Küttner, Lexer. Bd. IV. 1922. Chirurgie der Prostata.
7. Tandler u. Zucherkandl.—Studien zur Anatomie u. Klinik der Prostatahypertrophie. 1922. Verlag Julius Springer.

Dr. B. Zacharinas.

Iš L. Univ-to Medicinos Fak-to Chirurginės Klinikos
(Dir. Prof. H. Boit)
(V. Kauno Ligoninėje).

Del stemplės nudegimų ir jų gydymo būdų.

Klinikos stemplės nudegimų medžiaga, mūsų gydymo būdai ir pasiektieji rezultatai verčia mane trumpai paliesti šitą klausimą.

Visiems žinoma, kad, nurijus aštriųjų deginamųjų skysčių (muilo akmens, acto esencijos, sublimato, lysol'io, amonio ir įvairių rūkščių), įvyksta stemplės nudegimas, kuris pasižymi pseudomembraniniu uždegimo procesu tam tikrose stemplės vietose: pagal Aschoff'o, dažniausiai epiglotis'o krašte su tonsilų skliautais arba apatiniame stemplės trečdalyje; pagal kitų autorių (v. Hacker'o, Rost'o), uždegimas išsivysto trijose susiaurėjimo vietose — angoje, bifurkacijoje ir tuoj virš kardijos. Paskutinėje vietoje procesas būna labai platus ir duoda dažnai vėliau vamzdžio pavidalo einančius aukštyn susiaurėjimus (striktūras). Proceso išsiplėtimas įvyksta del kardijos reflektoriškos spazmės beryjant deginamąjį skystį, kuris susilaiko gan ilgai čia prieš angą į skrandį (Mikulicz'as).

Patologo-anatominiai pakitimai pareina nuo nudegimo intensyvumo. Būna paviršutinė epitelio nekrozė, po kurios pašalinimo išauga naujas epitelis iš likusių epitelinių narvelių; būna ir gilesnių uždegimo procesų, kada šašai gali pasišalinti tik per tam tikrą demarkuotą pūlinį. Tuomet išauga žaizdos paviršiuje granuliacinis audinys, kuris po truputį randėja ir duoda pagaliau plačią (žymią) striktūrą. Epitelizacija arba eina iš lengvo arba pasilieka plikas nepadengtas epiteliu randas. Raumeninis ir jungiamasis audinys, ypač virš striktūros, hipertrofuoja, muscularis mucosae eliastiniai elementai nyksta. Virš striktūros išsivysto maža diliatacija del stemplės pastangų prastumti per susiaurėjimo vietą valgį.

Jei mes negalime perspėti uždegimo proceso nudegtoje vietoje, tai visos mūsų pastangos reikia nukreipti į susiaurėjimų (striktūrų) profilaktiką. Mes galime ir privalome perspėti striktūrų išsivystymą. Tuo atžvilgiu reikia tuojau po nudegimo įstumti minkštas 0—10 mm. diametro guminis zondas per burną (Bonhoff'as) arba per nosį (Roux, Häberlin'as)[1]. Per tą zondą galima išplauti skrandis, pašalinti deginamasis skystis ir toliau maitinti ligonis. Zondas reikia palikti, kol nekroziniai audinių gabalai pasišalins iš stemplės, žaizdos pasidengs epiteliu ir praeis randų kontraktūros pavojus. Häberlin'as pataria palikti zondą, kol ligonis galės šalia zondo ryti valgį.

---

[1] Karaliaučiaus chirurg. klinikoje atsitikimais, kur tuojau po nudegimo buvo įkištas zondas, jokių striktūrų nebuvo pastebėta. Tas būdas ten yra vartojamas jau senai (Boit'as).

Deja, niekuomet mums neteko gauti ligonis su tokiais profilaktiniais zondais, teko tik konstatuoti nudegimo sunkumas ir kovoti su oesophagit'u, randais ir striktūromis.

Kas pasiūlyta kovai su šiomis stemplės nudegimo komplikuotėmis?

Del oesophagit'ų rankvedžiuose patariama tik ramybė ir simptomiškas gydymas. Mano gerb. mokytojas profesorius Mintz'as, esant įvairiems stemplės uždegimams, duodavo ligoniams gerti per dieną 1—2 stiklu vandens su 1 arb. šaukštu perhydrolio $3^0/_0$. Mes ne tik duodame kalbamąjį skiedinį (vanduo, perhydrol ir, be to, 2 arb. šaukštu cukraus), bet ir plauname 1—2 kartu per dieną stemplę, įstumdami iki striktūros vietos guminį zondą ir pildami per jį šiltą Natr. bicarbon. arba vandens-perhydrolio-cukraus skiedinį. Ir ta priemonė, mūsų nuomone, viena svarbesnių tolimesnio pasisekimo sąlygų.

Kovai su randais ir striktūromis pasiūlyta bužavimas. Ten, kur bužuoti iš viršaus per burną nepavyksta, daromas bužavimas retrogradišku keliu — per skrandžio fistulą. Čia galima daryti arba paprastas bužavimas arba bužavimas „be galo" pagal v. Hacker'o.

„Begaliniam" bužavimui svarbu (ir sunku): 1) praryti šilkinis siūlas su pririštu prie jo galo šratu, 2) sugriebti per skrandžio fistulą cistoskopu, bronchoskopu ar aklai kabliuku tas siūlas, 3) pririšti prie siūlo (burnos ir skrandžio) galų tam tikras diliatatorinis prietaisas ir tuomet jau pradėti bužuoti. Tuo diliatatoriniu prietaisu gali būti įvairių diametrų guminiai drėnai, smuiko ir violončelės stygos (Kelling'as), ketguto siūlai (Schröder'is), kurie, būdami stemplėje, subrinksta ir spaudžiant diliatuoja susiaurintąją vietą. Vartojami ir kaspinai su vis storesniais ir storesniais mazgais (Soldani). Vartojami įvairių dydžių šratai ar olyvai, pririšti prie stipraus šilkinio siūlo vienas nuo kito per tam tikrą tarpą; praėjus pirmam smulkesniam šratui (resp. olyvai), eina po jo per keletą centimetrų kitas šratas (ar olyva) bent kiek didesnis, dar per keletą centimetrų vėl didesnis ir t. t. Žodžiu — sudaroma iš praryto siūlo su diliatatoriniu prietaisu lyg ir nepertraukiama diliatuojamoji sistema, kurią vartoti išmoksta geriausiai pats ligonis.

Minusas bužavimo „be galo" — epiglotis'o ar larynx'o kremzlių decubitus'o pavojus. Kausch'as vokiečių chirurgų kongrese 1921 m. yra pasakęs, kad su kantrybės pagelba galima daugelyje stemplės nudegimo atsitikimų turėti gerų sėkmių vien tiktai paprastu bužavimu iš viršaus. Guisez nesutinka, kad retrogradiškai lengviau praeiti per struktūrą ir ją praplėsti. Daug autorių, bijodami bužuojant iš viršaus padaryti via falsa, laiko retrogradišką bužavimą patogesniu. Tiesa, sunku patekti iš hipertrofuotai diliatuotos stemplės dalies į susiaurėjimo vietą.

Sekamuose atsitikimuose mūsų jau buvo nutarta daryti gastrostomija su bužavimu „be galo", bet kantrybė ir mūsų gydymo būdas išgelbėjo padėtį.

1. Antanas B-is, 25 m. amžiaus, darbininkas, lig. istorija Nr. 348. 4 savaitės prieš atvyksiant klinikon sirgęs angina; per 8 dienas gulėjęs

savo Apskrities ligoninėje, kur 3 kartus per dieną, pasak ligonio, jo ryklė buvo tepama t-ra jodi su glycerin'u[1]). Greitai po to pastebėjęs, kad sunku ryti. Tolyn — blogyn, ir vasario 5 d. 1924 m. atvyko į mus, skųsdamasis, kad negalįs valgyti, vos vos galįs praryti vandens ar arbatos, pieno visiškai nepraryjąs. Ryklėj paraudonavimas, oedema. Rentgenas rodo: skysta košė sustoja maždaug per vieną ctm. aukščiau lankelių (claviculae) ir iš lengvo po truputį eina žemyn. Divertikulo nematyti. II. 7 d. per nosį įstumtas pusiau kietas Nr. 15 zondas, kuris paliktas à demeure vienai parai. Per tą zondą galima buvo iki vakaro maitinti ligonis. Vakarop zondas užsikimšo ir maitinti toliau nebegalėjome. Toliau nė vieno zondo, nė vienos olyvos jokiu būdu įstumti nepavyko; vanduo ir arbata jau nepraeina. Ligonis maitinamas cukraus varvinamosiomis klyzmomis ir ol. olivarum steril. po 25,0 po oda. Padėtis tokia, kad nutarta daryti gastrostomija su bužavimu „be galo". Tuo tarpu pradėjome mėginti intesyviai plauti šiltu perhidrolio skiediniu, išvirkštėme fibrolysin'o intramuskuliniai ir po keleto dienų pavyko prakišti olyva ir zondai Nr. Nr. 15—17. Kovo 13 d. Rentgeno-spinduliais kontroliuojant įkišta jau didelė olyva, o paskiau ir didesni zondai. Vėliau, neskaitant influenz'os ir pūlingo ryklės uždegimo, ligoniui pamėginus prieš išsirašant padaryti „autobužavimą", — visa tolimesnė gydymo liga be ypatybių. Balandžio 18 d. jau lengvai lenda Nr. 31, ligonis gali gerai ryti ir valgyti.

2. Kazys N-as, 59 m. amžiaus, ūkininkas, ligos istorija Nr. 746; prieš Kalėdas iš neatsargumo išgėręs Ac. muriatici crudi. Pradėjęs spiauti kraujais, iš burnos ėjusi gabalais gleivė su pūliais, nebegalėjęs visiškai valgyti, gerdavęs tik skystimus. Buvęs pas įvairius gydytojus Panevėžyje, buvęs ir Rygoje; bužuotas nebuvęs. 1924 m. balandžio 28 d., praėjus maždaug 4 mėn. po nudegimo, atvyko klinikon. Valgyti negali, sunkiai gali ryti skystimus, spiauna daug putojančios gleivės, su pūliais, kai kada su kraujais. Kosulys, bronchitas, širdies tonai duslūs, vidurių užkietėjimas. Ligonis labai susirūpinęs, kad turėsiąs mirti iš bado. Pamėginta atsargiai bužuoti: jokia olyva, jokis zondas (resp. bužas) nelenda. Pradėjome plauti šiltu perhidrolio - cukraus tirpiniu. Po kelių plovimų gleivės kiekis žymiai sumažėjo ir gegužės 4 d. per striktūrą, kuri sulig rentgenoskopija randasi ties II tarpkaulių (skaitant iš priešakio), lenda pusiau kietas zondas Nr. 19. Plaunant 1—2 kartu per dieną ir bužuojant per dvi savaites nuo gydymo pradžios, jau pradėjo līsti zondai Nr. 27—29; ligonis nusiramino, gali gan lengvai ryti ir valgyti.

Mūsų gydymo tvarka maždaug tokia:

1. Plovimas 1—2 kartu per dieną šiltu Natr. bicarbon. arba vandens - perhidrolio - cukraus tirpiniu per minkštą guminį zondą, ikištą iki striktūros vietos.

2. Maitinimas ligonio cukraus varvinamosiomis klyzmoms ir ol. olivarum injekcijoms (po 25,0 vieną kartą per dieną), kol jis galės valgyti.

3. Mėginimas išplovus prastumti metalinę olyvą ir, kai mažiausioji jau lenda, tuojau, kartojant jos kryptį.

4. Įkišimas atatinkamo stemplės pusiau kieto zondo (resp. bužo).

---

[1]) Literatūroje man neteko rasti nė vieno analogiško stemplės nudegimo, anginą jod - glycerinu begydant. Iš vieno prityrusio gydytojo - praktiko esu savo laiku girdėjęs apie maždaug tokį pat atsitikimą, pavartojus šį seną, beveik visų užmirštą, gydymo būdą Reikia manyti, kad jodglycerino skiedinys buvo netaisyklingai (stiprumo prasme) pagamintas, to dėliai ir įvyko tokia negeistina ir liūdna komplikuotė.

Kas dieną, o kai kada ir 2 kartu per dieną, jei nuo pirmo bužavimo suerzinimo nebuvo ir ligonio savyjauta buvo gera, mes meginome, prastūmus mažesnį zondo (resp. bužo) numerį, įkišti storesnį, žinoma, be ypatingų pastangų. Zondą ligonis turėjo laikyti $^1/_2$ — 1 val, kas kart. Prieš bužuojant visuomet plovėme stemplę ir darėme vietinę anesteziją 20% Novocaino tirpiniu, tepdami ryklę ir stemplės angą.

5. Davimas per dieną 2—3 stiklinių vandens su perhidroliu ir cukrum.

6. Fibrolysin'o intramuskulinės injekcijos 2—3 kartus per visą gydymo laiką.

Gautais rezultatais esame visiškai patenkinti. Pavyzdžiui, pirmasis aprašytų ligonių, prastūmus zondus Nr. 37 ir 39 paskutiniame ambulatoriniam seanse, gali valgyti kiekvieną valgį, jo svoris padidėjo 7 kilogramais per visą gydymo laiką. Antrasis, prastūmus Nr. 29, gerai ryja kietą valgį; dar ligoninėje bebūnant, jo svoris padidėjo 2 kilogramais, o dabar rašo, kad jo svoris dar daugiau padidėjęs, jaučiąsi gerai, daug dirbąs.

Baigdamas, turiu padaryti šias išvadas:

1. Tuoj po stemplės nudegimo reikia įvesti per nosį minkštas guminis zondas, per jį išplauti skrandis ir palikti jis à demeure, kol pasibaigs nudegtos vietos gijimo procesas ir ligonis šalia zondo galės ryti. Zondas prieš įkišant galima patepti pelidolio arba xeroformo tepalu (Boit'as).

2. Kada oesophagit'o gijimo procesas pasibaigs ir galima bus pašalinti įkištas tuoj po nudegimo zondas, reikia pradėti neatidėliojant atsargus bužavimas, nes jei palikti stemplę be jo, gali išsivystyti striktūra del kieto surandėjimo užgijusios stemplės žaizdos[1]).

3. Jei zondas nebuvo savo laiku įstumtas ir mes turime reikalo su oesophagit'u ir prasidedančiu stemplės susiaurėjimu (striktūra), reikia atsargiai pradėti karšti stemplės plovimai (vandeniu su perhidroliu ir cukrum, arba sol. Natr. bicarbonici) oesophagit'ui gydyti. Be to, mėginti kasdien olyva stumti. Pirmai olyvai praėjus, tuoj įstumti atatinkamas, pusiau kietas stemplės zondas (resp. bužas) ir palikti jis ten $^1/_2$ — 1 val. mažiausiai. Kasdien reikia mėginti įkišti vis didesnio diametro zondas. Kaskart bužavimas pradedama nuo lengvai praėjusio paskutiniame seanse numerio.

4. Chroniškus atsitikimus gydant, galima paraleliai vartoti ir fibrolizinas intramuskulinėms injekcijoms, nelaukiant iš jo vieno ypatingų rezultatų.

5. Bužavimas „be galo“ turi būti pavartotas, kaip ultimum refugium, tik ten, kur nežiūrint į visas kantrias gydytojo pastangas ir karštus plovimus, striktūruota vieta pasilieka iš viršaus

---

[1]) Pagal Payer'o, randas galįs per 2 metu dar turėti savyje nekrozių ir galįs tiek per tą laiką sukietėti, kad nebepasiduos išplėtimui. Todėliai reikią kuo anksčiau bužuoti (Salzer, Gohrbandt).

nepraeinama, ligonis negali praryti net ir skystos arbatos, jo svoris vis labiau krinta ir yra inanicijos pavojus.

6 Reikia plačiai, kur galima, naudotis Rentgeno spinduliais striktūros ir olyvos krypčiai kontroliuoti.

Zusammenfassung.

Sofort nach einer Speiseröhreverätzung soll eine weiche Schlundsonde eingeführt werden. Die Sonde dient zur Magenspülung und Ernärung. Sie bleibt so lange im Oesophagus drin. bis die Entzündung abklingt und der Kranke per os der Sonde vorbei schluckt Die Sonde kann statt Glycerin mit Pellidol - oder Xeroformsalbe eingefettet werden (Boit) um die Epitelisierung zu befördern.

Sobald die Entzündungsvorgänge abklingen wird die Schlundsonde entfernt und sofort zur Bougierung übergegangen, weil die Narhe nach 2 Jahren sogar sich zur Striktur umwandlen kann (Payer). Die Gefahr der Friebougierung ist übertrieben (Salzer, Gohrbandt).

Falls sofort nach der Verätzung keine Sonde eingeführt wurde und es zur einer Oesophagitis mit Striktur gekommen ist, soll man vorsichtig mit heissen Oesophagusspülungen (Perhydrol - oder Natr. bicarbon. Lösungen) mit nachträglicher Bougierung (Metalloliven, elastischen Bougies, Schlundsonden) anfangen lassen.

Kommt eine Metallolive durch, so soll man sofort eine ihr entsprechende elastische Schlundsonde (event. Bougie) durchzuführen versuchen. In Fällen, die chronisch geworden sind, kann man intramuskuläre Fibrolysininjektionen probeweise anwenden, doch ohne etwas besonderes zu erwarten.

Bougierung ohne Ende soll als ultimum refugium dort, wo trotz aller Mühe die Olive oder Sonde von oben nicht durchgeführt werden kann und der Kranke unter Kräfteabnahme vor einer Inanitionsgefahr steht, angewandt werden.

Es soll womöglich mehr unter Röntgenschirmkontrolle gearbeitet werden, um die Striktur - (Oliven) richtung feststellen zu können.

Literatūra:

1. L. Aschoff. — Patologische Anatomie. Verlag Gustav Fischer. 1921, B. II, p. 736.
2. Fr. Bonhoff. — Zur Verhütung der Oesophagusstrikturen nach Verätzung. „Zentralblatt f. Chirurgie“ 1920, Nr. 5, p. 99)
3. Ed. Borchers. — Zur Dilatationsbehandlung narbiger Oesophagusstenosen. („Zentralb. f. Chir.“ 1920, Nr. 3, p. 54).
4. J. Guisez. — Etat actuel du traitement des stenoses cicatricielles graves de l'esophage. („La presse médical“ 1920, Nr. 43, p. 421).
5. v. Hacker u. Lotheisen.—Chirurgie der Speiseröhre Handbuch d. Praktischen Chirurgie v. Bruns, Garrè, Küttner. Verlag F. Enke, 1913., Abschnitt V.
6. Henle. — Zur Behandlung der Oesophagusstrikturen. (Zentralbl. f. Chir.“ 1922 Nr 50. p. 1850)
7. Kelling. — „Zentralbl. f Chir“ 1920, Nr. 18, p. 425.
8. Kongressberiht der 48 Versamlung der Deutschen Geselschaft f. Chirurgie 23—26 Apriel 1924. („Münch. Med. W.“ 1924, Nr. 23, p. 763—764).
9. A. Schröder. — Zur Dilationsbehandlung narbiger Oesophagusstenosen. („Zentralbl. f. Chirurgie“ 1920, Nr. 36 p. 1102).

Dr. V. A. Gusevas (Panevėžyje).

Keletas buvusio karo patyrimais paremtų minčių apie amputaciją pagal Pirogov'o.

Pirogov'o operacija yra išrasta 1862 m., kai nebuvo dar nei antiseptikos nei aseptikos. Buvo tai žymus Syme'o amputacijos patobūlinimas; ji atvėrė duris vėlesnėms osteoplastiškoms operacijoms (Gritti'o — 1857, Bier'o — 1891 m.).

Bet nevisuomet vienodai prie jos buvo atsinešama. Praėjus susižavėjimo Pirogov'u periodui, ši operacija buvo užmiršta, turbūt, sąryšyje su nepasisekimais del aseptikos stokos. Mums, žinoma, dabar sunku įsivaizduoti, kaip anais laikais, nesant mūsų aseptikos aparatui, buvo galima daryti tiek komplikuota operacija, kuri dargi reikalinga lygaus sugijimo.

Pirogov'o operacijos atgimimas prasidėjo anti-ir aseptikos laikotarpyje, bet ji pasirodė jau ne originalioje formoje, o būdama papildyta įvairiausiomis modifikacijomis, kurios ir „įvarė į karstą" pačią operaciją, palikdamos gyvą tik josios idėją. Kai kurios valstybės (kaip antai Anglija) iki šiol nenužengė toliau Syme'o ir nežino nieko geresnio už Syme'o operaciją.

Karas — traumatinė epidemija, anot Pirogov'o—yra suteikęs mums labai didelę amputacinę medžiagą, kuri pokariniame laikotarpyje koncentruojasi įvairiausiose įstaigose, kurių priežiūroje randasi invalidai. Todel turėtų būti įdomūs gaviniai, surinkti visiškai bešališkų gydytojų komisijų, kurios tyrinėja invalidus rentos ir darbingumo laipsniui nustatyti.

* * *

Nuo kiekvienos kultės reikalaujama, kad ji: 1) atlaikytų tiesioginę naštą, 2) būtų tinkama ir neskausminga vaikščiojant ant jos, 3) kad galima būtų nešioti ne tik tikslingas, bet ir estetiškai nelabai krintąs į akį protezas.

Paul Jotkowitz'as žurnale „Zeitschrift f. ärztl. soz. Versorgungswesen" duoda mums sekamus gavinius: Iš 1078 šlaunies amputacijų tik 86 atsitikimais (8%) kultė atatikusi 1 ir 2 reikalavimams. Iš 710 blauzdos amputacijų tokių atsitikimų buvę tik 67, t. y. 9%. Šia proga autorius pastebi, kad iš paskutinės grupės daugiausia esą tinkamos kultės pagal Pirogov'o. Tokius pat verksmingus rezultatus nurodo ir Kölliker'is. Iš 200 amputuotų šlaunies ir blauzdos diafizėje ligonių tik 20 tegalėjo tinkamai naudotis savo kultėmis. Dar 8-ios kultės buvo palyginti geros vartojimui, kitos gi visiškai negalėjo nešioti naštą.

Zur Verth Hamburge, ištyręs 100 pagal Pirogov'o amputacijų atsitikimų, rado, kad 42 galūnės buvusios visiškai tinkamos vaikščiojimui, 45 — beveik tinkamos, t. y. turėjusios mažų pakenčiamų defektų, ir 13 — buvę visiškai netinkamų.

Visiškai nepatenkinamus rezultatus tyrinėjant davusios amputacijos pagal Chopart'o ir Lisfrank'o: padų skausmingumas, dažni iškrypimai į orą ar į vidų (pes valgus, varus), nevisuomet tinkami nešiojimui protezai (Špišič, Troschmann).

Šį kartą panagrinėsiu Pirogov'o operaciją, nes klausimas apie diafizių kulčių netinkamumą perdaug pasenęs ir ligi šiol dar neišspręstas.

Nuo ko priklauso gan didelis nesėkmingų Pirogov'o amputacijų rezultatų nuošimtis, kuri (amputacija) yra tiek vykusiai sukombinuota?

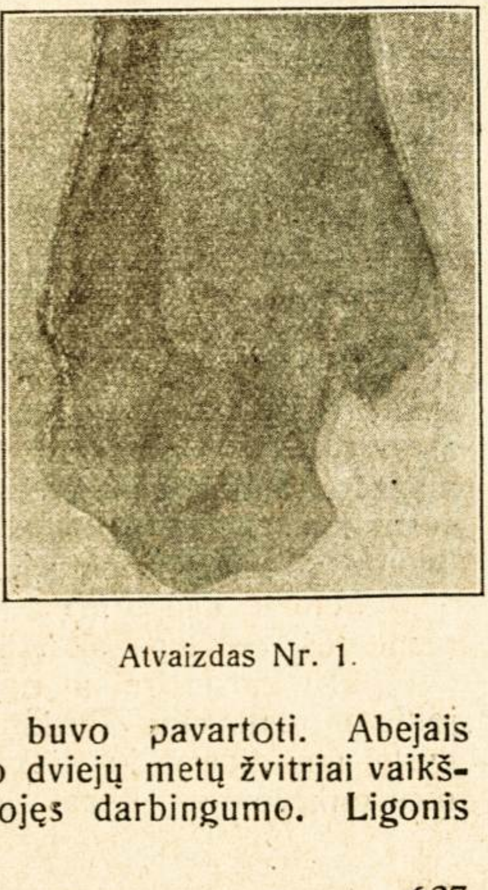
Nesėkmingumų gaunama daugiausia dėliai persodintos kulnies nukrypimo į šalį (į šoną), kas negali įvykti, jei kaulai teisingai fiksuoti ir gerai yra suaugę. Bet vaikščioti kliudys ir blogas (ne kaulo audiniu) suaugimas, nors nukrypimo ir nebūtų. Kur nėra įvykęs sugijimas per primam, ten galima laukti visokeriopų anomalijų, kurios tiesioginiai nepriklauso nuo pačios operacijos. Kulnies nukrypimams išvengti buvo sugalvota prikalinėti ji vinies pagalba prie tibiae stukelės. Susilaukta dar didesnių nelaimių: randas atramos vietoje, žinoma, yra skausmingas ir kliudo vaikščioti.

Būna, matyti, atsitikimų, kai operacijos vieta ideališkai sugyja ir kauliniai suauga, ir visgi koja nepaneša naštos dėliai skausmų. Atsitinka tai, kai nervas priauga prie kaulo; todel rekomenduojama akyliai trumpinti nervai

Visiškai atsitiktinai teko man patikrinti dviejų mano Pirogov'o amputacijų rezultatai:

1. Mergaitė, 20 metų, buvo amputuota dėliai fistulinės pėdos tuberkuliozės; operuota buvo prieš dvejatą metų neaseptiškomis apystovomis. Geras sugijimas. Dabar koja pilnai gali atlaikyti naštą, ligonė dėvi cilindrišką batą, gali dirbti ir nieku nesiskundžia. Sveikatos stovis geras. Rentgenas duoda šitokį vaizdą (žiūr. atvaizdą Nr. 1).

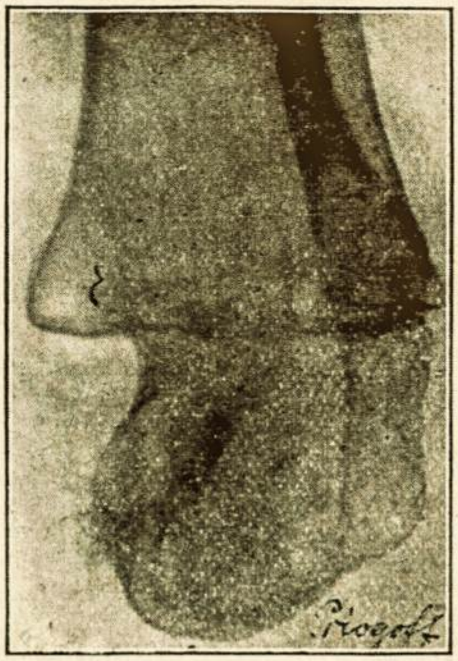
2. Senis, 65 metų, buvo amputuotas dėliai abiejų pėdų gangrenos, gautos po šiltinės (dėmėtosios?). Atvyko su visais nesveikais iki Chopart'o sąnariais. Operacija buvo daryta žaizdos granuliavimo metu: vienoje pusėje pagal Pirogov'o, kitoje gi, $1^1/_2$ mėnesiui praslinkus, pagal Syme'o, nes Pirogov'o operacijos negalima buvo pavartoti. Abejais atsitikimais sugijimas per primam. Po dviejų metų žvitriai vaikščioja batuose - gilzuose ir nėra nustojęs darbingumo. Ligonis



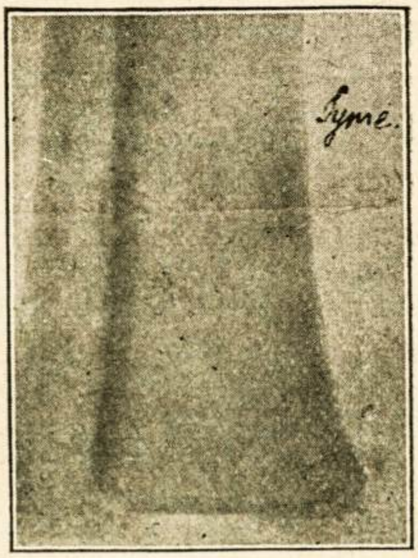
Atvaizdas Nr. 1.

randa koją, kuri nuoperuota pagal Pirogov'o, žymiai geresne, nes ji esanti nejautri. Koja, operuota Syme'o būdu, esanti truputį jautri atramos vietoje, kulnies oda plona; nuoga koja negalįs stoti ant grindų.

Rentgenas (žiūr. atvaizdus Nr. 2 ir 3).



Atvaizdas Nr. 2.



Atvaizdas Nr. 3.

Rentgeno nuotraukos abejais atsitikimais rodo ideališką kulnies poziciją ir tvirtą kaulų suaugimą.

Apskritai kalbant, mano gan didelėje amputacijų pagal Pirogov'o praktikoje man neteko matyti kulčių, netinkamų del savo skausmingumo ar del netaisyklingų kulnies padėčių. Mačiau atsitikimą negyjančios opos atramos vietoje. Apystovos buvo nevisiškai paprastos. Mergaitė, 17-os metų, turėjo fistulinę pėdos tuberkuliozę ir tos pat pusės kelio sąnario ankiliozę. Pėda buvo amputuota pagal Pirogov'o, kuriai sugijus buvo padaryta jai kylio pavidalo kelio rezekcija. Koja jau prieš operuojant buvo labai žymiai atrofuota. Įvyko geras sugijimas, tačiau pasidarė 6 cm. sutrumpėjimas. Keletui mėnesių praslinkus, ligonė atvyko vėl, turėdama ant kulnies gilią opą, del kurios teko daryti blauzdos amputacija. Neabejotina, kad čionai būta trofoneuriškų sutrikimų, kurie yra galimi kojai stipriai sudžiūvus. Bendras ligonės stovis po operacijos buvo labai geras.

Manau, kad norint gauti ideališkus Pirogov'o operacijos rezultatus, reikaliga pildyti šie nurodymai:

Pirmiausia, reikia operuoti tik pagal Pirogov'o ir nevartoti jokių modifikacijų. Paskui, reikia atydžiai perpiauti Achilo sausgyslė, nes didelės jos liekanos (kelios skaidulos) gali duoti kulnies nukrypimą. Labai svarbu, kad sausgyslių galai niekur nekyšotų — jie reikia trumpinti. Reikalinga fiksuoti kulnis keliais ketguto siūlais, einančiais per artimiausius kaului audinius. Toliau, turi būti siuvama oda. Žaizdos drenu yra šoniniai užpakaliniai jos kampai. Bijant infekcijos ar kraujo plūdimo reikalinga padaryti specialė skylė odoje iš užpakalio — tenotomuotos sausgyslės vietoje. Nevisuomet reikia dėti drenas, nes kanalai odoje yra trumpi ir gerai išsižioję. Po operacijos būtinai reikalinga uždėti gipso ar krakmolo (vėliau gipso) tvartis, glaudžiai prispaudžiant kulnį. Kultė apkrauti sunkumu galima ne anksčiau kaip mėnesiui praėjus ir tai tik gipso tvarčiui esant.

* * *

Dar lieka neišspręstas klausimas apie protezą Pirogov'o kultei. Ji pasirodo per ilga, kad uždėtume protezą su pėda. Šarniro ašis turi būti ant kulnies, kad galima būtų pėda atkelti nuo žemės. Kultė prie tokio protezo turi būti 4—5 cm. trumpesnė. Tačiau ir čia permatoma keliai. Prieš laiką mirusio ortopedo Froschmann'o nuomone, Pirogov'as šiuo atveju stato žymiai lengvesnį uždavinį, negu Chopart'as.

Kaimiečiams šis klausimas nėra tiek opus. Darbo žmogui reikalingas paprastas, pigus, tvirtas ir jo paties priemonėmis bei lėšomis lengvai pataisomas protezas, o tokiu yra odinis cilindriškas užšniūruojamas aukštas batas su storu puspadžiu ir su pakištu po padu vailoko gabalu, arba iš vidaus guma išklotas.

Pagaliau paminėsiu dar kelis žodžius apie rentą prie Pirogov'o operacijos. Ji, jei kultė gali būti pilnai apkraunama ir yra neskausminga, yra lygi 20% — pati mažiausia iš visų blauzdos amputacijų.

Literatūra.

1) P. Jottkowitz — Zschr. f. ärztl soz. Versorgungswesen. IX. 1921. Bd. 1, H. 6.

2) Th. Kölliker. — Tragfähigkeit der Stümpfe. Zbl. f. Chirurgie. N. 9, 1923.

3) Špišič. — Ueber die Tragfähigkeit der Stumpfe. Ref. Z. O. f. Chir. XV. 48.

Autoreferat.

Die Pirogov'sche Amputation giebt den tragfähigsten und widerstandsfähigsten Stumpf, was durch die als der nennenswertesten Erfolg bei den Versongungesämtern für Kriegsinwaliden anerkannt worden ist. Eigene Erfahrung spricht auch dafür. Typische Ausführung der Operation ist Vorbedingung für den Erfolg. Ausführung zweier diesbezüglicher Fälle mit Beigabe von Röntgenbilder.

Gyd. J. Ciplijauskas.

Laceratio vaginae sub coitu.

(Iš L. Univ-to Medicinos Fak-to Akuš. — ginekologijos klinikos).

Moters vaginos sužeidimai, išskyrus retkarčiais atsitinkančius beoperuojant per vaginam, beplaujant makštis (vaginą) stikliniais antgaliais, betiriant pirštais ir intra partum, gali įvykti: 1) puolant moterei su išskėstomis kojomis ant kurių nors gana smailų ir kietų daiktų (šieninė šakė, smailas kuolas ir k. p.), 2) del netiesoginės traumos (kritimas iš aukštai į žemę), 3) del kriminalinio aborto, 4) coitus'o ir 5) masturbacijos.

Kai del vaginos plyšimo pas moteris sub coitu, tai čia ginekologų nuomonės skiriasi. Kada vieni jų, kaip Neugebauer'is, panašių sužeidimų aprašo labai daug, kiti (Veit'as, Vinter'is) net netiki, kad pas moterį su normaliomis sveikomis makštimis jie (sužeidimai) galėtų įvykti. Viršminėti ginekologai mano, kad sub coitu pas virgines veik visuomet įvykstąs tik hymen'o plyšimas; vaginos plyšimas galimas tik pas labai jaunas mergaites, pas moteris, kurių makštys paliestos patologinių procesų, ir pas senas moteris su atrofuotomis makštimis, ypač jei coitus turimas su tvirtu potencijos atžvilgiu vyriškiu. Jei įvyksta visiškai sveikos moters vaginos plyšimas, tai Veit'as mano, kad čia šale coitu'so buvę pavartoti mechaniniai įnagiai. Mechaniniai įnagiai gali būti vartojami, pavyzdžiui, vyriškio su nusilpnėjusia potencija defloracijai įvykdyti, ar stačiai masturbacijos tikslu. Savo nusistatymą šiuo klausimu Veit'as remia ypač tuo, kad daugelyje atsitikimų lacerationis vaginae sub coitu, vėliau gerai išklausinėjus ir ištyrus, pasirodę, kad panašiuose atsitikimuose ištikro šale coilus'o buvę vartojami mechaniniai įnagiai. Teismo medikai Casper-Limanas ir Maschka taip pat mano, kad vagina esti sužeidžiama vartojamais sub coitu mechaniniais įnagiais; Hofmann'as gi mano, bad panašios rūšies vaginos sužeidimai, nors ir retai, bet visgi galį atsitikti.

Sužeidimai sub coitu gali būti įvairiausi: nuo hymen'o nekalčiausio trūkimo, ligi perinei III laipsnio plyšimo. Vaginos trūkimai dažniausiai įvyksta apatiniame jos skliaute ir kiek įstrižai. Pavojingiausi sužeidimai sub coitu laikomi tie, kurie eina į parametrus, ar kai atsitinka visos gimdos (uteri) nuo makščių nutraukimas. Sub coitu literatūroje yra aprašyti sužeidimai uretros, šlapinimosi pūslės. Labai retas sužeidimas sub coitu aprašytas d-ro E. Weinzierl'io, kur gavosi fistula vestibulo - rectalis. Nuo sužeidimų sub coitu gali įvykti ir exitus letalis. 2 panašios rūšies sužeidimus aprašo Scheftel'is, 1 — Menike ir net 22 — Neugebauer'is.

Patogiausiais momentais plyšimams sub coitu įvykti laikomi: moters lyties organų patologiniai pakitimai, vulvos ir vaginos anomalijos, stenozės, atrezijos, hypoplasia, infantilismus, randai po nudegimo ar operacijos. Moters amžius čia taip pat vaidina žymią rolę: pas jaunas mergaites ir senas moteris, visoms kitoms sąlygoms lygioms esant, daug greičiau įvyksta plyšimai sub coitu, negu pas vidurinio amžiaus moteris. Taip pat gali įvykti vaginos plyšimai, jei moters lyties organai neatatinka tokiems vyriškio, jei iš pastarojo pusės vartojama didelė jėga, o taip pat ir visokios nenormalios moters padėtys coitus'o metu.

Kadangi, bendrai imant, vaginos sužeidimai sub coitu atsitinka gana retai, tai aš čia ir noriu aprašyti vieną tos rūšies sužeidimų:

1924 m. gegužės 5 d. 4 val. ryto L. Raud. Kryž. Ligoninėn buvo atgabenta kraujuojanti iš vaginos moteris pil. G., 26 metų amžiaus, gyvenanti Kaune, Žaliajame Kalne. Pil. G. silpno kūno sudėjimo, vidutinio ūgio Ištekėjusi už vyro 5 metai atgal ir turinti 3 gyvus vaikus. Visi gimdymai praėję normaliai ir po gimdymo nesirgusi. Paskutinis gimdymas buvęs 10 savaičių atgal. Po paskutinio gimdymo lochia neapsistoję ir retkarčiais buvę su priemaiša kraujo. Jokiomis ligomis po paskutinio gimdymo nesirgusi. V. 4 d. 10 val. vakaro, be jokios priežasties, kaip ligonė G. išsyk sakė, iš vaginos pasipylęs kraujas. Ligonės vyras, matydamas, kad kraujoplūdis nesiliaująs, o jo žmona vis einanti silpnyn, tik 3 val. ryto V. 5 d. atvežė ją L. R. K. Ligoninėn.

Ligonė G. išrodė labai anemiška, iš makščių sunkėsi kraujas. Iš pradžios buvo manyta, kad turima reikalo ar su naujo neštumo abortu, ar su kraujoplūdžiu dėliai užsilikusio nuo paskutinio gimdymo gabalėlio placentos (polypus placentarius), ir to dėliai buvo prisirengta atatinkamai operacijai. Besiruošiant operacijai, ištiko naujas labai smarkus kraujoplūdis ir ligonė G. paliko veik be pulso, išpilta šaltu prakaitu. Kai su šaukštais buvo praskleistos makščių sienos, tai išvalius kraują pasirodė, kad kraujuoja ne iš cervix, bet iš žaizdos, kuri pastebėta apatiniame skliaute. Žaizda linealės formos, prasidedanti 2 cntm. atstume nuo orif. externum cervicis, 6 cntm. ilgio, einant žemyn ir dešiniojo skliauto link ir pereinanti makščių gleivinę. Kraštai žaizdos prasiskėtę, nelygus, bet makščių sienoje aplink žaizdą jokių sužeidimų bei kontuzijos reiškinių nepastebėta. Iš žaizdos, ypač vietoje, kur ji pereina į dešinįjį skliautą, sunkiasi gana daug kraujo. Tiriant ligonę G. bimanualiai rasta: uterus normalaus dydžio, minkštos konsistencijos, paslankus. Adnexuose nieko patologinio nepastebėta. Orif. ext. cervicis — uždarytas

Užklausta vėl dėliai priežasties atrastos žaizdos, ligonė G. prisipažino, kad kraujoplūdis pas ją atsiradęs staiga sub coitu su savo vyru: pajutusi didelį skausmą apačioje pilvo ir kraujavimą.

Žaizda susiūta ketguto siūlais ir, savaitei praėjus, ligonė G. išsirašė iš ligoninės visiškai sveika, tik anemiška. Žaizda sugijo per primam. Prieš išsirašant iš ligoninės ligonė G., be liūdininkų užklausta apie apystovas, kuriose įvyko vaginos plyšimas, pareiškė, kad šiame atsikime coitus buvęs atliekamas visiškai normaliai ir kad šale jo (coitus) kitoki mechaniniai momentai neturėję vietos.

Aprašytasai atsitikimas rodo, kad vaginos plyšimas sub coitu galimas. Kaipo momentas, palengvinąs makščių plyšimui įvykti, šiame atsitikime tenka laikyti subinvolutio uteri post partum.

Literatūra.

1. Bacialli L. Lesioni traumatiche dell imene, della vulva e della vagina. („Bull. d. clin." 1921, Ig. 38, Nr. 8).
2. Figars. Koitusverletzungen. (Zntrbl. f. Gyn." 1922, Nr. 11).
3. Köhler, dr. Koitusverletzung mit letalem Ausgang. („Zntrbl. f. Gyn." 1914, Nr. 7).

4. Lejournet, dr. Gynäkologie et obstetrique. („Zntrbl. f. Gyn.“ 1920, Nr. 5).
5. Pulvermacher, dr. Ueber Koitusverletzungen. („Zntrbl. f. Gyn.“ 1918, Nr. 39).
6. Weinzierl Egon, dr. Seltene Koitusverletzung. („Zntrbl. f. Gyn.“ 1920, Nr. 42).
7. Veit. Handbuch der Gynäkologie. 1908.

Referat.

Dr. J. Ciplijauskas beschreibt einen Fall von einer Laceratio Vaginae bei einem normalen Coitus. Der Fall ist den 4. V. 1924 bei einer 26 Jährigen verheirateten, 3 lebende Kinder habenden Frau vorgekommen. Die Wunde ist vom länglicher Form, 6 cm. lang, sie beginnt von Orificium Externum Uteri Cervicis und erstreckt sich bis über die Schleimhaut der Vaginae hinaus. Grosser Blutverlust. Die Patientin wurde 6 Stunden nach dem Vorfall in dem Krankenhause zugeführt, woselbst sofort eine Operacion vorgenommen wurde.

B. K. Vencius, D.D.S. (Kaune).

Apie pyorrheą ir alveoliarinius abscesus.

Pyorrhea ir alveoliariniai abscesai priguli prie svarbesnių burnos ligų, dažnai pasitaikančių ir nelengvai pagydomų.

Pyorrhea jau senai buvo laikoma anemijos, sąnarių skausmo ir susirgimų priežastimi. Alveoliariniai abscesai ačiū rentgenologijai pasirodė kenksmingesni už pyorrheą. Didesnis alveoliarinių abscesų kenksmingumas pareina nuo to, kad jie patys negali savaime išsivalyti ir del stokos tam tikrų ligos simptomų ši liga būna sunkiai pastebima paciento arba net gydytojo. Daugelis pacientų, sirgdami alveolar. abscesų liga, ilgus metus nejaučia jokio skausmo ir dažnai šios ligos infekcija jau randama kitose kūno dalyse.

Tiek pyorrhea, tiek alveoliariniai abscesai dabartiniu laiku sutinkama gana dažnai. Pyorrheos priežastis dažniausiai būna ne vienas, bet keli faktoriai, kaip chroniškas sujaudinimas, nešvarus užlaikymas burnos ir kt. Čia priminsiu apie mikroorganizmų ir kūno konstitucijos įtaką burnos sveikumui.

Burna visiškai švariai užlaikyti yra sunku. Įvairūs mikroorganizmai gali lengvai pakliūti į burną ir, ačiū tinkamai temperatūrai ir patogiai visai aplinkumai, jie čia gali geriausiai vystytis. Pyorrheos atsitikimais pūliuose prie danties galima rasti gausybė įvairių mikroorganizmų: streptokokų, pneumokokų, diplokokų, stafilokokų, bacilų, spirochetų ir amebų, visokio didumo ir virulentingumo. Gilesniuose pūlių sluoksniuose rasime užvis daugiau streptokokų ir stafilokokų, ypač daug paskutiniųjų. Daugelis čia esančių mikroorganizmų yra patogeniniai ir, esant patogioms sąlygoms, jie gali sukelti ūmiškų arba chroniškų uždegimų. Galimas dalykas, kad, esant burnoje nedaugeliui mikrobų, juos gali panaikinti pačios seilės, bet tai nevisada atsitinka, turint galvoj, kad silpna kūno konstitucija, kaip diabeto, neštumo, alkoholizmo, nusinuodymo švinu, kraujo ligos, anemijos, limf. liaukų bei jų takų ligų ir panašiais atsitikimais, padeda pyorrheai išsivystyti. Dažnai pasitaiko, kad pyorrhea prasideda labai silpnais reiškiniais, pavyzd., pas kvėpuojančius pro burną, ypač pas vaikus, padidėja tonsiliarinės liaukos ir adenoidai. Kvėpavimas pro burną visumet esti dantų malokliuzijos ir ireguliacijos priežastis. Malokliuzuoti dantys negali kramtymo metu tinkamai nusivalyti, dantų smegenys del to negauna joms reikalingo masažavimo ir dantys apauga vadinamaisiais dantų akmenimis. Nuo burnos nešvarumo ima gesti dantys. Sugedusieji dantys, dantų akmens ir nešvarus dantų taisymo darbas pagamina pyorrheą. Asmens, kurie kvėpuoja atdara burna del hipertrofuotų tonsil. liaukų, gali gauti tų liaukų infekciją ir ši paskutinioji gali plėstis toliau.

Alveoliariniai abscesai atsiranda dvejopu būdu: 1) per proc. alveolaris infekciją nuo danties šaknies kanalo, apsikrėtusio nuo infekuotos pulpos; 2) per dantų smegenų infekciją nuo pyorrheiškos alveoliarinių procesų erozijos. Pirmasai būdas pasitaiko dažniau ir yra kenksmingesnis savo sepsisais, kurie šokiu ar tokiu būdu patenka į organizmą.

Danties pulpa gali būti infekuota tiesioginiai, sugedus pačiam dančiui, arba nuo blogo danties užtaisymo, arba netiesioginiai — per kraują. Tiesioginė infekcija yra paprastesnė ir pasitaiko dažniau. Netiesioginė infekcija būna rečiau ir ji galima kartais rasti dantyj, kuris nei pats dantys, nei jo pulpa nebuvo paliesti. Pav., alveoliarinių abscesų galima rasti dar ant neišdygusių dantų. Didžiausis alveoliarinių abscesų nuošimtis pareina nuo nemokėjimo tinkamai dantį devitalizuoti. Alveoliar. abscesai ant tokių dantų pasirodo ne vienu laiku, kartais jie atsiranda tuojau po devitalizacijos, kartais jų nebūna ilgus metus. Neatsiradimas alv. abscesų galima aiškinti arba gera gydymo technika, arba paciento imunitetu.

Alveoliariniai abscesai pasireiškia nevienodai. Vieni abscesai teikia aštrių skausmų, naikina žandikaulį ir turi aštrios infekcijos simptomų; šiais atsitikimais apsikrečia dažniausiai kiti dantys ir įvyksta osteomyelitis. Kiti gi abscesai plečiasi be jokių skausmų ir simptomų, sudarydami dažnai negeistinų komplikuočių. Komplikuotų infekcijų nepasitaiko dažnai gal būt del to, kad, esant dantims normalioj pozicijoj, kaulo smegenys būna giliau žandikauliy negu išorinė žandikaulio dalis, Bet del malokliuzijos dantys nevisados esti normalioj pozicijoj ir tokių nenormalumų Lietuvoje pasitaiko gana daug. Tokių dantų infekcija sunkiai būna pastebima ir duoda gana blogų rezultatų.

Infekcija plečiasi trimis keliais: 1) tomis pačiomis plėvėmis susisiekiant joms su kitomis, 2) gleivinės ir serozinės paviršiumi ir 3) limfos bei kraujo takais. Ypač lengvai infekcija vystosi, kai prigimtasai žmogaus kūno imunitetas esti susilpnėjęs arba del negalėjimo valgyti, arba del persišaldymo, neštumo ir kt. Sulig Pasteur'o ir Roger'o tyrinėjimais, nusilpęs organizmas darosi labai palankus infekcijoms plėtotis.

Alveoliariniuose abscesuose randami tię patys mikroorganizmai, kaip ir pyorrheos atsitikimais, tik čia randama daugiau streptokokų. Daugelis tyrinėtojų pripažįsta streptokokus esant priežastimi šių ligų: aštriojo ir chroniškojo artrito, aštriojo ir chroniškojo apendicito, osteomyelitų, periostitu, pneumonijos ir kt. Todel alveol. abscesai galima laikyti, jei ne visiška, tai bent dalina kai kurių ligų priežastimi. Pav., buvusi pirma nejaučiama tuberkuliozė žymiai pradeda plėstis po tonsilito, bronchito arba gripo.

Iš šios trumpos pyorrheos ir alveoliarinių abscesų apžvalgos seka, kad burnos sveikumo palaikymas yra ne vien tik dantų gydytojų užduotis, bet tuo privalo rūpintis ir medicinos gydytojai, kad apsaugotų paciento sveikatą.

Referatai.

I. Patologija.

12 *W. H. Stefko.* — **Der Einfluss des Hungerns auf Blut und blutbildende Organe.** (Badavimo įtaka kraujui ir kraujo gaminamiesiems organams). (Virch. Arch. Bd. 247, H. 1).

Autoriau styrimų gaviniais, badavimas pakeliąs gamybą tokių narvelinių elementų, kurie gamina fermentus, reikalingus tam, kad būtų išnaudota organizmo atsargos medžiaga. Badaujant čiulpos (kaulo smagenys) produkuojančios mielocitus. Vaikams iki dviejų metų ir kepenys pradedančios vėl gaminti kraują. Kai del paties kraujo pakitimų, tai konstatuota, kad badaujant kyląs jo specifinis svoris ir didėjąs pelenų substancijos (Aschesubstanz) kiekis (sudeginus prie 250°). Skrodžiant vaikus ir suaugusius su edema nuo bado, randama labai išsiplatinusi hemoragiškoji diatezė; ji pareinanti nuo kraujo indų sienų pakitimų, kuriuos šitais atvejais sukelią kraujo sudėties sutrikimai. Badaujantiems galima esą skirti dvi stadijos: kraujo suskystėjimas (oedema) ir kraujo sutirštėjimas; pastaruoju atveju morfologinė kraujo sudėtis esanti stipriai pakitusi. Badaujant suaugusiems ir embrionams (badaujant motinai) žalingai veikiami ypač iš vidurinio gemalinio sluogsnio (lakšto), mezodermos, kilusieji audiniai, k. a.: kraujas, indų sistema, griaučiai, raumenys. Toliau, badaujant, ypač vaikams, atsirandanti visa eilė naujų konstitucijos ypatybių sykiu su palinkimu į ypatingus patologinius procesus (hemoragiškoji diatezė) ir net į antropologinių pažymių pakitimą.

Dr. Mackevičaitė-Lašienė.

13. *K. Kaeding.* — **Beziehungen zwischen Lungentuberkulose und vegetativem Nervensystem.** (Santykiavimas tarp plaučių tuberkuliozės ir vegetacinės nervų sistemos). (Münch. med. Woch. 1924 m. Nr. 8).

Žalingas veikimas nervams sympathicus ir vagus šituo atžvilgiu galįs būti vietinis ir bendras. Tuberkuliozės pagautos kaklo ir sprando limfinės liaukos, procesai plaučių viršūnėse, pleuros suaugimai turį vietinės reikšmės, duodami spaudimo simptomų, kurie, esant sužalotam simpatiniam nervui, reiškiasi vyziukų nevienodumu, vienapuse veido atrofija bei vienapusiu prakaitavimu, o esant sužalotam n. vagus, — pulso pagreitėjimu, dyspnoe, kosuliu ir paralyžiu n. recurrentis. Kai del bendrojo veikimo, tai patirta, kad, esant eksudacinei tuberkuliozės formai, simpatinio nervo jautrumas esąs žymiai sumažėjęs, o turint produkciniai cirozinę formą, jis lieką̨s normalus.

Dr. Mackevičaitė-Lašienė.

14. *Ranzi ir Albrecht.* — **Ueber arterielle Luftembolie nach operativen Eingriffen und Verletzungen der Lunge.** (Arterinė oro embolija po plaučių sužeidimų ir operacijų). (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 36, H. 5).

Aprašomi 4 vad. pleurinio šoko atsitikimai. Autoriaus nuomone, „intrapleuraliniai refleksai“ pareiną svarbiausiai nuo oro embolijos. Atidarius plaučių venas, į jas įeina oras; iš čia jis patenką̨s į kairiąją širdį, į didįjį kraujo apytakos ratą ir į smagenis. *Dr. Mackevičaitė-Lašienė.*

II. Vaikų ligos.

18. *A. S. Sokolov* (Moskau). — **Uber die Therapie der konstitutionellen Ekzeme bei Säuglingen.** (Apie kūdikių konstitucinės ekzemos gydymą) (Jahrbuch 1924, B. 54, H. $^{1}/_{2}$).

Bronchinės astmos ir eksperimentiškosios anafilaksijos reiškinių panašumas verčią̨s manyti, kad gali būti prigimta arba įgyta kūno sensebilizacija prieš svetimos rūšies baltymus. Sensebilizuoti galima tiktai tokie žmonės, kurių oda arba gleivinė praleidžia svetimos rūšies proteinus. Kai kurių autorių nuomone, kai kurie eksudacinės diatezės reiškiniai, kaip antai, bronchinė astma, ekzema, urticaria, esą anafilaktiški reiškiniai; kadangi pasyvios anafilaksijos paveldėjimas esą̨s eksperimentiškai įrodytas, tai, aiškinant eksudacinę diatezę, kaip anafilaksijos reiškinius, suprantamas būtų eksudacinės diatezės paveldėjimas.

Remdamasis kai kurių eksudacinių kūdikių jautrumu svetimos rūšies baltymams, autorius bandęs eksudacinius reiškinius gydyti proteino kūnų įšvirkštimais po oda (karvės pieno 0,1-0,4) ir pasiekti tokiu būdu kūno desensebilizacijos.

Iš 11 kūdikių 1—9 mėnesių amžiaus su chroniškais odos reiškiniais, gydytų tokia metode, pagiję visai 5 kūd., pagerėję 5. Įšvirkštimai buvę daromi kas 2—4 dienas; geroms pasekmėms pasiekti iš viso reikėję nuo 4 iki 10 įšvirkštimų. Įšvirkštimų reakcija pasireiškusi aukšta temperatūra, bet neveikusi blogai bendrą kūdikio sveikatos stovį. *Dr. V. Tumėnienė.*

19. *Dr. Ernst Faerber u. Dr. M. Boddin* (Aus Univ. Kinderklin. zu Berlin). — **Erythema nodosum und Tuberkulose. Spontane Rückbildung von Lungeninfiltraten bei Erythema nodosum.** (Erythema nodosum ir tuberkuliozė. Plaučių spontaniškųjų infiltratų išnykimas sergant erythema nodosum). (Jahrbuch f. Kinderklin. 1924. Bd. 56, H. $^5/_6$).

Autoriai tyrinėję 23 vaikus, sergančius erythema nodosum; jiems visiems, išskyrus du, buvusi teigiama tuberkulino reakcija; rentgeno tyrimai parodę patologišką procesą plaučiuose tiktai 8-iems vaikams. Tai buvę dideli hiluso infiltratai, kurių nebuvę galima rasti kliniškai ir jie per laiką nuo 3 mėn. iki 2 metų išnykę savaime be gydymo. Tokiu būdu autoriai negalėję įrodyti blogos įtakos erythema nodosum tuberkuliozės infekcijai: slapta tbc. forma nepasireiškusi, iš esamų infiltratų neišsivysčiusi tbc. *Dr. V. Tumėnienė.*

20. *A. B. Marfan* (Paris). — **Les enseingements de la cuti-reaction. L'immunité cuti-tuberkuleuse.** (Le Nourrison 1924, Nr. 1).

Iš 2794 vaikų, aplankiusių ligoninę, 949 vaikams buvusi teigiama Pirquet'o reakcija. Iš 100 vaikų vienerių metų amžiaus teigiama reakcija buvusi 10,5, nuo 1 iki 2 metų — 24,5; nuo 2 iki 3 m. — 32, nuo 5 iki 6 m. — 53, nuo 14 metų — 83,8. Iš šios statistikos sekančios išvados: 1) tbc. nesanti paveldėjama, 2) užsikrečiama dažniausiai pirmaisiais gyvenimo metais. Imunitetas prieš tuberkulozę įgyjamas tarp 1 ir 15 metų amž.; užsikrėtę ir neįgiję imuniteto vaikai miršta. Imunitetas nėsąs absoliutiškas: veikiant naujai infekcijai smarkiai arba ilgesnį laiką, pirmutinis įgytasis imunitetas išnykstąs, ir iš lizdo, iki šiol neveikiančio, pasidaranti autoinfekcija. Autoriaus nuomone, imunitetas esąs paveldėjamas, bet tas paveldėtas galimumas įgyti imunitetui išsivystąs tiktai vienerių metų gale, o dar smarkiau 2 metų amžiuj, todel ir svarbu esą saugoti nuo infekcijos vaikus iki 2 metų amžiaus. *Dr. V. Tumėnienė.*

21. *K. Scheerer u. A. Salomon.* — **Wirkungsweise und Erfolge der Salzsäuremilch bei Tetanie.** (Druskarūkščio pieno įtaka tetanijai ir sėkmingumas jį jai vartojant) (Monatschrift f. Kinderheilkunde. 1924, Bd. 27, H. 4).

Remdamiesi tulais kliniškais tėmijimais, autoriai išnagrinėję klausimą apie druskarūkščio pieno įtaką vaikų tetanijai. Sprendžiant iš palankių daug žadančių išvadų, kurių gavę padaryti autoriai, matyti, jog druskos rūkštyje drauge su kalciu esama dar galingos priemonės tetanijai gydyti. Druskarūkštis pienas, pirmą kartą vaikų tetanijos terapijon įtrauktas Scheer'o, buvęs autorių vartojamas šia forma: 600 dalių pieno, 400 n/10 HCl su

5% cukraus. Tokio pieno buvę duodama iki 1000 gr. per parą, žiūrint, koks vaiko amžius bei svoris.

Autorių pastebėta druskarūkštį pieną veikiant: 1) raumenų jaudringumą elektrai, 2) kalcio sudėties kraujuje kitimą, 3) neorganinio bei lipoidinio fosforo sudėties kraujuje kitimą. Pasirodę, jog vienu paskelbtuoju atveju, per vieną dieną veikiant tam pačiam druskarūkščiam pienui KOEZ (katodo išjungiamasis susitraukimas) 3,5 M. M. Amp. pasiekė normališko didumo daugiau negu 5 M. M. Amp.; toliau, paaiškėję dar, jog kalcio sudėtis kraujuje padidėjusi iš 6,7% mgr. iki 8% mgr., o organinis fosforas nukritęs nuo 6,8% mgr. iki 4,5% mgr., lipoidinis fosforas pakilęs nuo 7,5% mgr. iki 11,5% mgr.; antru atveju, vienos dienos eigoje vartojant druskarūkštį pieną nelabai smarkiai tetanijos formai, gauta analogiškų palankių kitimų.

Trimis sunkios tetanijos atvejais buvę mėginta peveikti silpnesniu druskarūkščio pieno skiediniu, tačiau mėginimai nuėję perniek, o su stipresne koncentracija gauta matomų teigiamų rezultatų.

Autoriai išveda, jog, druskarūkščiam pienui veikiant, ypač aukščiau paduota forma, greit imanti kisti kraujo sudėtis, ir tai pasireiškią kalcio didėjimu ir fosforų mažėjimu; paskutiniai išsiskirią didesniu kiekiu pro inkstus. Tuo pat metu pastebima žymiai silpstant kliniškus simptomus.

Autorių domėtasi taip pat klausimu apie druskarūkščio pieno virškinimą, ir jie laiko jų net dispepsijos metu bent neblogiau virškinantis negu karvės pienas, ir net kai kuriais dispepsijos atvejais pataria maitinti druskarūkščiu pienu. Tokiu būdu druskarūkštis pienas patartina kaipo puikiai veikiąs antispazminis vaistas, kuris vaikų praktikoje, Scheerer'o ir Salomon'o tėmijimais, nesąs žalingas. *Dr. V. Lazersonas.*

III. Vidaus ligos.

22. *Dr. Zahn.* — **Eine neue Behandlung des Ulcus ventriculi.** (Naujas būdas ulcus ventriculi gydyti) (D. med. Woch. 1924, Nr. 34).

Remiantis savo patyrimu, taipgi žiniomis, suteiktomis Oetingen'o, apie veikimą Arg. colloidale infekcinėms žarnų ligoms, autorius mėginęs gydyti ulcus ventriculi koloidaliu sidabru. Nuomonė, kad skrandžio sunkos HCl su argenti colloidalis molekulomis sudaro chloro ir sidabro junginius, kurie, iškrisdami ant žaizdos paviršiaus, gali teigiamai veikti žaizdą, sukėlusi gerų vilčių ulcus ventriculi terapijai.

Labai didelis kiekis ulcus ventriculi buvęs gydomas tuo būdu ir buvę gauta labai teigiamų rezultatų. Autorius gydęs 56 kliniškai ir rentgenologiškai tikrai nustatytus ulcus ventriculi atsitikimus. Buvę duodama skysta (flüssig - breiige Form) dijeta, taipgi kiek belladonos esant išreikšta hyperaciditas. 4 kartus per dieną buvę duodama Arg. nitrici colloidalis po 0,05 duonos piliulėje. Nesenais atsitikimais nustodavę sopėti po 1—2 dienų gydymo ligoninėje; taipgi nustodavęs vėmimas. Spazmiškais atsitikimais buvę pridedama nedidelis kiekis papaverino. Trumpam laikui praslinkus pacijentai keldavę iš lovos ir tapdavę darbingais.

Autorius jungdavęs Arg. colloidale, Extr. belladonae ir Natr. phosphoricum, kuris veikiąs vegetacinę skrandžio nervų sistemą ir kaip tonicum. Karolio Engelhard'o chemijos - farmacijos fabrikas Frankfurte a. M. pagaminęs preparatą (Cachetsform) "Ulcussin" vardu, aukščiau minėtos sudėties. Daugumoje vadinamų „nerviškų" skrandžio sopėjimų, kurie iš tikrųjų rišasi su ulcus, šis preparatas gelbiąs. Autoriaus patyrimu, taipgi gerų rezultatų duodąs preparatas, esant grynai nerviškiems su hyperaciditas ir spazmiškiems atsitikimams be ulcus, taipogi esant aštriems vėmimo ir diarėjos atsitikimams.

Dr. M. Nasvytis.

23. *Oskar Herz.* — **Zur Diagnose der Meningitis, insbesondere der tuberkulösen.** (Meningito, ypač tuberkuliozinio, diagnozės klausimu) (Münch. med. Woch. 1924, Nr. 28).

Paprastai, esant tuberkulioziniam meningitui, liquor cerebrospinalis yra visai giedras, permatomas. Jeigu, įlašinus Sol. kali caustici, randama skystime daug celulių, reakcija esanti paprastai teigiama. Įlašinama į liquor Sol. kali caustici 1—2—4 lašus, mėgintuvėlis sujudinama ir apverčiama. Jeigu palieka oro pūslikės, tai esąs didelis celulių padidėjimas. Reakcija turinti būti daroma tuojau, nes kitaip ji būnanti neigiama. Neigiamais atsitikimais skystimas nesimainąs. Skystime neturį būti kraujo.

Dr. M. Nasvytis.

24. *C. Holler.* — **Zur Jodtherapie der perniziösen Anaemie.** (Pernicijozinės anemijos terapijos jodu klausimu) (Wien. kl. Woch. 1924, Nr. 25).

Ligonis, sergąs pernicijozine anemija, ilgai buvęs gydomas Kali jodati 5% tirpiniu (3 kartus per dieną po 3—5 lašus). Ligonis visai pagijęs. Autorius manąs, kad toje ligoje esanti glandulae thyreoideae hypofunkcija. Autorius yra aprašęs tik vieną tokį atsitikimą.

Dr. M. Nasvytis.

25. *Dr. Perelman* (Saratov).—**K voprosu o vlijaniji ionov ščeločnych i ščeločno-zemelnych metallov na fagocitoz.** (Šarminių ir šarminiai-žeminių metalų jonų įtakos fagocitozei klausimu). (Vrač. Dielo, 1924, Nr. 89).

Turėdamas galvoje tai, kad plačiausi eksperimentai, daryti šioje srityj olandų fiziologo Hamburger'o, negali būti visai tikri (netobūla metodė, fagocitozės objektas — anglis, netikras būdas fagocitozinės energijos apskaičiavimo), autorius sumanė: 1) sužinoti, ar tinka opsoniška Vrigt'o metodė nespecifiškam, „neimuniniam" fagocitoziniam procesui moksliškai tyrinėti, ir

2) šios metodės pagelba išaiškinti šarminių ir šarminiai-žeminių ionų veikimas fagocitozei, patikrinus tuo būdu Hamburger'o davinius.

Rūpestingai daryti su daugeliu medžiagos bandymai nepatvirtina Hamburger'o davinių.

Jo išvados šios:

1) Opsoniška Vrigt'o metodė visai tinkanti nespecifiškai įtakai fagocitozei in vitro tyrinėti.

2) Chemiškai grynas peptonas nėsąs leukocitų stimuliuotojas: jis mažinąs fagocitozinę energiją (toks chemiškai grynas preparatas — esąs Peptonum depuratum siccum (Grübler), antras gi preparatas — peptonas Witte — pasirodęs netinkamas laboratoriškiems darbams, nes jame esą įmaišų).

3) Ca, Ba ir Sr ionai mažiną fagocitozines leukocitų ypatybes in vitro. (Šie daviniai sutinka su Schwyzer'o daviniais, kuris parodė, kad, pridėjus į fiziologinį NaCl tirpinį 0,05% $CaCl_2$, leukocitai visai nebegali išleisti pseudopodijų).

4) Kenksmingas Ca veikimas pastebimas aiškiau esant seruminei fagocitozei, negu spontaniškajai fagocitozei.

5) Mg ionai esą energingi fagocitozinio proceso stimuliuotojai in vitro.

6) K ionai jokio specifiško veikimo fagocitozei in vitro neparodą. *Dr. J. Skliutauskas.*

26. *Dr. Curt Kayser* (Berlin).—**O primieneniji solei kalcija pri vnutrennich boliezniach.** (Apie kalcio druskų vartojimą vidaus ligoms gydyti). (Vračebn. Obozrienije, 1922, Nr. 10).

Kalcio terapijos pagrindas: O. Löw'o tyrimai, kuris yra nustatęs kalcio reikalingumą gyvybei ir narvelių branduolių funkcijai, ir Jasques Löb'o tyrimai, nurodžiusio kalcio ionų reikšmę nervų sistemai.

I. Kalcio druskos veikia: 1) didindamos kraujo sukrešėjimą 2) stiprindamos kraujo indus, 3) veikdamos prieš uždegimus, 4) mažindamos nervų sistemos susijaudinimą ir 5) didindamos fagocitozę (Hamburger[1]).

II. Kalcio druskų duodama:

1) Esant įvairios rūšies kraujoplūdžiams (iš plaučių kosint, iš skrandžio, iš gimdos ir prie hemoroidų). Autorius ypač rekomenduoja savo preparatą „Haemosistan“ — tam tikros kalcio druskos kombinuotę su etilen-diaminu. Įšvirkščiama į veną 10 ccm. 2% tirpinio labai palengvėlia. Preparatas veikiąs, anot autoriaus, nuostabiai.

2) Prieš užsidegimo procesus: esant nosies slogai, šieniniui katarui, urtikarijai, enteritui, kruvinajai, šiltinei ir intestinal. tuberkuliozei.

---

[1] Šį faktą Perelman'as neigia savo straipsny tame pačiame Nr.

3) Už vis plačiau kalcis vartojamas susijaudinimui sumažinti: tetania gravidarum, broncho-tetania, spasmophylia ir tetania infantum atsitikimais.

Esanti ištisa eilė vidaus sekrecijos sutrikimų, kurie įvykstą del vegetacinės nervų sistemos susijaudinimo. Tokias ligas labai gerai gydąs kalcis. Pav., daugelio klimakteriškų reiškinių priežastimi autorius laikas vago-simpatinės nervų sistemos susijaudinimo pasekmes ir gydąs sėkmingai kalciu. Jis vartojąs kalcį ir bronchinei astmai gydyti. Kalcio preparatas „Afenil“ įšvirkščiamas į veną, esant conjunctivitis aestivalis.

Kadangi esą nuomonių, jog kalcis veikiąs fagocitoziniai, todel jis buvęs rekomenduojamas influencai ir pneumonijai gydyti.

Pediatrijoje kalcio druskos sėkmingai vartojamos rachitui (kombinuojant su kalnų šviesa), osteomaliacijai ir fibroziniam ostitui gydyti.

III. Kalcio druskų vartojimas:

Pasirenkama toks preparatas, kuris už vis daugiau turi ionų, o vartojant į vidų, kuris geriau įsisiurbia. Priėmimas vidun kalcio druskų turįs tų trūkumų, kad jos mažai įsisiurbia ir įsisiurbusios dalinai vėl išsisunkia į žarnas. Vidun labiausiai tinką vartoti $CaCl_2$ $5^0/_0$ tirpinys, bet jis turįs labai grasų skonį. Skonio atžvilgiu geriausia vartoti kalcio preparatas „Calcaona“ — $CaCl_2$ su kakao junginys. Arbatiniame „Calcaona“ šaukštely esą 0,5 calcii chlorati. Šis preparatas prirengiamas kaip kakao. Calcin — želatinos su kalciu junginys — vartojamas kraujoplūdžiams sustabdyti. Įšvirkštimams geriausiai tinkąs kalcio preparatas — $CaCl_2$ $10^0/_0$ tirpinys arba Knoll firmos „Afenil“ ampulėse — $CaCl_2$ $10^0/_0$ tirpinio su šlapalais (urea) mišinys.

Pastaba. Vienos ampulės tūrį 10 ccm. įšvirkščia į veną. Įšvirkštimo metu smarkiai jaučiama šiluma, kuri po įšvirkštimo pranykstanti. Įšvirkštimas pakartojamas kas 3—4 dienas. Tiekia gerų pasekmių esant kraujoplūdžiams, bronchinei astmai. Kadangi šie įšvirkštimai veikia neilgai, tai drauge su jais ilgą laiką reikia priiminėti kalcis vidun.

Dr. J. Skliutauskas.

IV. Chirurgija.

27. *Dr. M. Friedemann* (Langedreer). — **Ueber Rezidiv bei Magengeschwürsoperationen nach der Methode Billroth I.** (Apie skrandžio opos recidivą po operacijos I Billroth'o būdu) (Zbl. f. Chir. 1924, Nr. 27).

Autorius aprašinėja iš jo I Billroth'o būdu operuotų 280 skrandžio opos atsitikimų du recidivu. Vienas tų recidivų buvęs ant užpakalinės duodenum'o sienos, buvusios rezekcijos vietoje, — kaip tik ten, kur pirmos operacijos metu nepakakę duodenum'o sienelės ir tekę į siūlę imti pancreas'o medžiagos. Antrą kartą operuojant tame atsitikime tekę pavartoti II Billroth'o būdą. Kitame atsitikime recidivo opa buvusi smeigiamos adatos galvytės didumo ovalioje pirmos rezekcijos rando dalyje ant mažosios skilvio kurvatūros. Tame kitame atsitikime pasikartojęs kraujoplūdis iš aroduoto opos indo ir ligonis miręs.

Tuos atsitikimus autorius pranešė dėliai to, kad perspėtų I Billroth'o būdo vartojimą ten, kur siūlei nepakanka duodenum'o sienelės, ir kad tą gan gerą būdą vartojant vis delto negalima būti tikru, jog nebus recidivo. *Dr. Kuzma.*

28. *Prof. Ramstedt* (Münster). — **Zur Behandlung lebenbedrohlicher Magengeschwürsblutungen.** (Apie gresančių pavojumi gyvybei (skilvio) skrandžio opų kraujavimų gydymą) (Zbl. f. Chir. 1924, Nr. 11 a).

Retai kada tenka daryti skilvio opų operacijos esant jų gresiantiems pavojumi gyvybei kraujavimams. Operacinės intervencijos tais atsitikimais turi būti atliktos gan greit ir tikrai kraujavimą sulaikant. Gan gerai kraujavimą sulaikydama veikia gastro - enterostomija, bet dažnai jos vienos nepakanka ir todel reikia veikti į pačią kraujavimo vietą. Autorius rekomenduoja aplink kraujavimo vietos užveržimą. Pylorinė opa galinti būti išjungta, užveržus pylorus'ą atskirais siūlais iš vienos ir iš kitos jos pusės; mažosios skrandžio kurvatūros opos apsiuvamos aplink suimant į siūlę visą skrandžio sienos stovį, bet pačios sienos neatidarant. Stipriai rišant šilko siūlą reikią rūpintis, kad gerai suspaustume gleivinę, ir nebijoti, kad siūlai įsipiautų.

Dr. Kuzma.

29. *Dr. Demel* (Wien). — **Zur Pylorusstenose auf tuberkulöser Basis** (Apie pyloru'so stenozę iš tuberkuliozės priežasties) (Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 1924, Bd. 183 H. $^5/_6$).

Pastarųjų 23 metų laiku Chirurginėje Vienos Universiteto klinikoje buvę tik 3 tuberkuliozinės priežasties pylorus'o stenozės, kurios apsireiškę, kaip skrandžio opos. To gan reto susirgimo atsitikimai, pasitaikę kartu su tuo laikotarpiu praleistais 1568 skrandžio opos atsitikimais, sudarą 0,19$^0/_0$ opos susirgimų. Pastatyti iš karto tikra skrandžio tuberkuliozės diagnozė negalima. Autoriaus aprašinėjamais atsitikimais plaučių tuberkuliozė anamnezėje buvusi pas du ligoniu. Du tų atsitikimų pagydyti, pavartojus skrandžio rezekciją II Billroth'o būdu ir vienas — gastro-enterostomia retrocolica posterior. Pirmas atsitikimas, operuotas prieš 18 metų, po rezekcijos ligi šiol pasilikęs sveikas. Del kitų vėliau operuotų atsitikimų dar tikrų žinių nėsą.

Dr. Kuzma.

30. *Prof. Kreuter* (Nürnberg). — **Ueber die „palliative Resektion“ des Pylorus und Antrum beim Ulcus pepticum jejuni.** (Apie pyloru'so ir antrum'o „palijativę rezekciją“ esant ulcus pepticum jejuni) (Zbl. f. Chir. 1924, Nr. 11 a).

Sekdamas Flörken'o ir Madlener'o samprotavimu, kurie, nepašalinamoms duodenum'o ir kardijos opoms esant, sėkmingai darę pylorus'o—antrum'o rezekciją, autorius del kiekvienos skrandžio opos taip pat daręs žymios skrandžio dalies rezekciją ir turėjęs gan gerų išgijimo rezultatų. Autorius taikęs pylorus'o - antrum'o rezekciją ir tais ulc. pepticum jejuni atsitikimais, kur radikaliai operuojant negalima buvę pašalinti opos, pav.: po užpakalinės gastro - enterostomijos, kur palikta gan trumpa flexurae duodeno - jejunalis kilpa. Tą pylorus'o - antrum'o rezekciją padaręs ir nelietęs ulc. pepticum, autorius visuomet turėjęs gerų išgijimo rezultatų. Jeigu ulcus buvęs antrum'o srityje, tai autorius jį pašalindavęs kartu su visuomet pašalinamu antrum'u. *Dr. Kuzma.*

31. *Dozent. P. G. Kornew* (St. Petersburg). — **Eine neue Methode der Arthrodese des Sprunggelenks mittels Rippentransplantation** (Naujas klibančio sąnario artrodozės būdas naudojant šonkaulio transplantaciją) (Preleminarinis pranešimas). (Zbl. f. Chir. 1924, Nr. 27).

Del polimielito visiškai paralyžiuotam blauzdos - letenos sąnariui fiksuoti, autorius 5 atsitikimais pavartojęs šonkaulio gabalėlio implantaciją į kanalą, iškaltą in tibia et dorsum pedis. Geras rezultatas patikrintas rentgenogramos, kuri patalpinta originale. *Dr. Kuzma.*

V. Rentgenologija.

11. *Riccaluga* (Rom). — **Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf das Reduktionsvermögen von normalem Gewebe und von Neubildungen.** (Rentgeno spindulių veikimas normalių audinių ir navikų narvelių redukcijos galiai). (Strahlenth. Bd. XVI, H. 2).

Autorius, norėdamas nušviesti ligi šiol dar neaiškią piktybinių navikų rentgenoterapijos problemą, ėmęsis tyrinėti Rentgeno spindulių veikimą narvelių oksigeno redukcijai. Tuo tikslu jis pasinaudojęs Ehrlich'o (kiek modifikuota) metode, būtent, nudažydavęs narvelius Methylenblau tirpiniu ir stebėjęs laiką, per kurį dažų spalva narveliuose pranyksta. Tikriau savo tyrinėjimams pamatuoti, autorius pirmiau nustatęs redukcijos laiką tam tikro įvairių normalių audinių narvelių kiekio, nudažytų griežtai atsaikuotu kiekiu dažų, o paskui perėjęs prie piktybinių navikų.

Savo tyrinėjimais autorius priėjęs prie šių išvadų:

1. Jeigu sutrumpintą redukcijos laiką skaitytume narvelių funkcijos pakilimu, tai ir tos R-spindulių dozės, kurios dabar yra leidžiamos gydant piktybinius navikus, būtent, 100—120% o. e. v. galinčios veikti juos stimuliuojančiai, nes nuo tokių dozių, ypač piktybinių anglių narvelių, redukcijos laikas žymiai sutrumpėjąs.

2. Jeigu gi priimtume navikų R-terapijoje stimuliuojantį tų spindulių veikimą aplinkiniams, navikui normaliems audiniams (resp. organizmui), tai reikėtų geriau švitinti piktybiniai navikai mažesnėmis dozėmis, negu kad dabar yra daroma, bet dažniau. Ge-

riausia būtų pilna R-spindulių dozė leisti ne iš karto, bet dalimis, per keletą dienų. Pasirodę mat, kad narvelių redukcijos galia esanti stipresnė ir patvaresnė, švitinant audinius mažomis dažnai kartojamomis R-spindulių dozėmis. *Dr. Kalvaitytė.*

12. *Czepa* (Wien). — **Das Problem der Wachstumsfördernden und funktionssteigernden Röntgen-Radiumwirkung.** (Augimo ir funkcijų sukeliamo Rentgeno bei radijaus spindulių veikimo problema). (Kritiška santrauka—referatas). (Strahlenth. Bd. XVI, H. 7).

Šiame straipsnyje autorius nušviečia pasirodžiusią lig šio laiko literatūrą apie jaudinantį, t. y. sukeliantį audinių funkcijas bei augimą, Rentgeno spindulių veikimą. Priveda daugybę literatūros pavyzdžių ir atskirų autorių nuomonių, nagrinėja ne tik žmogaus organizmo veikimo problemą, bet lygiai augalų ir gyvulių. Nurodo, kad įvairių autorių nuomonės esti viena kitai priešingos, dažnai visai nepamatuotos ir todel klaidingos. Pastebi, kad tie pavyzdžiai, kuriuos priveda įvairūs autoriai, kaip įrodymą stimuliuojančio R-spindulių veikimo (k. a., kartais pagreitinto navikų augimo po švitinimo mažomis R-spindulių dozėmis) esti netikę, nes panašiai atsitinka ir nešvitinus R spinduliais. Iš kitos pusės, ir mažomis dozėmis pašvitinti augliai nevisada pradedą greičiau augti [1]). Todel hipotezę, kad Rentgeno bei radijaus spinduliai bet kuriose dozėse gali sukelti audinių funkcijas bei greitesnį augimą, laiko nepamatuota ir pataria nuo jos, kaip nuo kenksmingos, atsisakyti. Rentgeno bei radijaus spinduliai stimuliuoją organizmą kovoje su nenormališkumais, bet jo narvelių proliferacijos, matyti, nesukelią. Panašų veikimą matome ir proteinų terapijoje, kuri, nepadidindama narvelių proliferacijos, sustiprina organizmą prieš įvairius antkričius. *Dr. Kalvaitytė.*

VI. Bakteriologija.

17. *Dr. B. Lange.* — **Die Desinfektion tuberkelbacillenhaltigen Auswurfs durch Alkalysol und Parmetol.** (Dezinfekcija skreplių, turinčių tuberkuliozės lazdelyčių, Alkalysol'iu ir Parmetol'iu) (Zeitschr. f. Hyg. 1923, Bd. 100, H. I).

Vokietijos švietimo ministerija buvusi pavedusi Roberto Koch'o Institutui Berlyne išbandyti Alkalysol'io ir Parmetol'io dezinfekcijos jėgą tuberkuliozės lazdelytėms skrepliuose.

Šitam klausimui išspręsti autorius padaręs 2 eiles bandymų.

Pirmoj eilėj buvę padaryti šie bandymai: skrepliai buvę sumaišyti su dvigubu kiekiu Alkalysol'io 5⁰/₀ tirpiniu. Praslinkus 4 valandoms, buvę imama šito mišinio 30 cmm., centrifuguojama ir nuplaujama valgomosios druskos tirpiniu. Nuplautos medžiagos buvę įšvirkšta 4 jūrų kiaulaitėms po 1 ccm. kiekvienai. Kontrolinei kiaulaitei buvę įšvirkšta tų pačių skreplių, kurie nebuvę Alkalysol'io veikiami.

---

[1]) Pas mus buvo vienas atsitikimas, kur ligonė, lig nustatant tikrą diagnozę ca., buvo keletą kartų pašvitinta, palyginti, mažomis dozėmis, auglis, tačiau, neparodė tendencijos greičiau plėstis, tikriau sakant, visai nesiplėtė. (Autorė).

Po 3 mėnesių kontrolinė kiaulaitė galą gavusi nuo tuberkuliozės. Po 4 mėnesių buvęs padarytas skrodimas visoms 4 kiaulaitėms; vidurių organuose nebuvę pastebėta tuberkuliozės proceso pėdsakų.

Paskui skrepliai buvę sumaišyti su 4-gubu kiekiu Alkalysol'io 5%. Tuo būdu pagamintų skreplių, kaip ir pirmuoju bandymu, buvę įšvirkšta 4 kiaulaitėms. Kontrolinė kiaulaitė gavusi tų pačių skreplių, tik nepalytėtų Alkalysol'io. Kontrolinė kiaulaitė žuvusi po 3 mėnesių nuo bendrosios tuberkuliozės. Po keturių mėnesių buvusios išskrostos visos kitos 4 bandomosios kiaulaitės; pas 3 nebuvę pastebėta vidurių organuose jokių tuberkuliozės žymių, pas ketvirtąją kiaulaitę buvę rasta neaiškių žymių tuberkuliozės pobūdžio kai kuriuose vidurių organuose. Čia buvusi infekcija susilpnintos formos.

Su Parmetol'iu buvę daromi analogiški bandymai ir gauti rezultatai pasirodę panašūs į pirmuosius.

Remdamasis savo bandymų rezultatais, autorius mano, kad Alkalysol ir Parmetol gali būti rekomenduojami praktikos reikalui, norint dezinfekuoti tuberkuliozinius skreplius.

Prof. Jurgeliūnas.

18. *Prof. W. Aristowsky u. R. Höltzer.* — **Bemerkungen zur Morphologie der Spirochaeta Obermeieri.** (Pastabos del Spirochaeta Obermeieri morfologijos) (Centralbl. f. Bakter. 1924, Bd. 91, H. 3—4).

Sprirochaeta Obermeieri morfologijai tyrinėti autoriai naudojąsi spirochetų, išaugintų pagal prof. Aristovskį, kultūromis. Šita maitinamoji medžiaga gaminimo atžvilgiu skirstoma į dvi rūšis. Maitinamoji medžiaga Nr. 1 daroma iš 8 ccm. fiziginio valgomosios druskos tirpinio, 4 ccm. šviežios arklinės nuosunkos (serumo) iš jaunųjų gyvulių ir gabalėlio žmogaus arba arklio kraujo krešenos. Maitinamoji medžiaga Nr. 2 daroma tokiu pat būdu, tik gabalėlis kraujo krešenos pakeičiamas gabalėliu kietai išvirto vištos kiaušinio baltymo. Norint gauti kultūra iš sergančių žmonių kraujo, įnešama į šias maitinamąsias medžiagas 1—3 lašai kraujo arba kraujo nuosunkų, ir visada beveik auginama abiejose maitinamosiose medžiagose arba vienoje iš jų. Norint gauti naujų generacijų, daroma pernešimai iš maitinamosios medžiagos Nr. 1 į maitinamąją medžiagą Nr. 2 ir Nr. 1, o iš maitinamosios medžiagos Nr. 2 tiktai į maitinamąją medžiagą Nr. 1. Šitie pernešimai turį būti atliekami po 48 ir 72 val. ir retais atsitikimais po 96 val. Įskiepytos bandomosios megintuvėlės (probirkos) užkemšamos vatos kamščiu (parafinu užlieti nereikią) ir statomos į termostatą 35° temperatūroje. Smarkiausias augimas pastebimas į 2 arba 3 dieną ir tiktai kai kada į 4 dieną. Paprastai į 5 dieną pastebimos jau pakitėjusios spirochetų formos. Šituo būdu kultūruojant pasisekę gauti 200 generacijų. Pasirodę, kad morfologijos atžvilgiu spirochetos kultūrose pasižyminčios dideliu įvairumu. Dažnai tyrinėjant 2 kultūras vienos rūšies, vienoje pastebima greta su spirochetomis vidutiniško ilgumo taip pat ilgų egzempliorių, turinčių ligi 50 ir daugiau vingių, o kitoj bandomojoj stiklinėj — spirochetos labai trumpos, turinčios tiktai 3—4 vingius. Ilgųjų spirochetų dažniausiai pastebima maitinamojoj medžiagoj Nr. 2.

Senesnėse kultūrose, būtent, 4—5 dienų, pasitaiką ypač trumpųjų formų, dažnai susidedančių iš smulkių žirnelių; matyti, tai bus nykstančios formos. Kultūrosespirochetos dauginančiosi skersinio skaidymo būdu, dalydamosi ne tiktai į dvi dalis, bet ir į 3—5 ir daugiau. Pasitaiką spirochetų, turinčių arba visai taisyklingus vingius arba netaisyklingus; dažnai jos esančios susisukusios, sudarydamos gurgulus arba gniužulus.

Autoriai mano, kad prof. Aristovski'o siūloma maitinamoji medžiaga esanti visai tinkama spirochetoms Obermeyeri kultūruoti, jų formų įvairumi tyrinėti ir daugeliui generacijų gauti.

Prof. Jurgeliūnas.

VII. Akušerija ir ginekologija.

4. *P. Strassmann* (Berlin). — **Implantatio tubae in uterum.** (Zentr. f. Geb. u. Gyn. 1924, Nr. 31).

Autorius aprašo du atsitikimu, kur jam tekę implantuoti Falopijaus vamzdis (tuba) į gimdos ragą tam tikslui, kad galėtų užsimegsti vaisius.

Pirmasai atsitikimas; kairiojoj pusėj — dėčių (ovarii) dermoidas, dešiniojoj — graviditas extrauterina interstitialis. Dermoidas su tuba Falopii buvęs pašalintas; dešinioje pusėje, išpiovus, padaryta autoriaus metode implantatio tubae in uterum.

Antrasai atsitikimas: Adnexitis duplex. Kairiojoje pusėje suaugimas appendicum epiploic. su kairiąja tuba. Padaryta abdomidalinio tubos galo rezekcija ir pradurta dirbtinė anga. Bet, dėdamas maža vilties koncepcijai ateityje, autorius, išpiovęs sustorėjusį intersticinį tubos galą ($1^1/_2$ — 2 cm.), atidengęs gimdos rago vidų ir, prabadęs pirma zondu iš fimbrijų pusės vamzdį, implantavęs jį. Technika paprasta: 2 ketguto siūlai perveriami per atidengto gimdos rago storį iš oro vidun, per tubos apdangas ir vėl per gimdą iš vidaus oran taip, kad tuba įsitraukia gimdos vidun. Daromos siūlės ant gimdos serozinės. Lig. teres uteri einąs žemiau fiksavimo vietos. Toliau, dviem siūlėm suspenzuojama gimda prie pilvo plėvės. Pilvo vidus drenuojamas stikliniais vamzdeliais paviršiu tos vietos, kur įstiprinta prie pilvo plėvės gimda.

Abiejų ligonių pooperacinis periodas buvęs normališkas. Tiriant jas po 9 mėnesių genitaliniai organai rasti normoje.

Autorius esąs radęs literatūroje du tokiu atsitikimu, kur buvęs pavartotas šis būdas; abu atsitikimu buvę Šiaurių Amerikoje ir abi operuotos tokiu būdu moterys po operacijos galėjusios gimdyti ir vienos kūdikis buvęs gyvas. Skirtumas toksai, kad tais atsitikimais operatoriai pasinaudoję atidengtu operacijos metu gimdos vidum, o autorius patsai jį atidengęs implantacijai.

Šita operacija galima vartoti šiais atsitikimais: 1) kada antrojoje pusėje vamzdžio visai nėra, arba jo funkcionavimas labai abejotinas; 2) išpiaunant intersticinius ekstrauterinius gemalus, kada vamzdis pasilieka ne trumpesnis, kaip 4 cm, 3) kada vamzdžiai anksčiau buvo perrišti, o ligonė nori vėl turėti vaikų, ir medicinos atžvilgiu tam kliūčių nėra.

Kitu organu vietoj išpiaunamo vamzdžio pasinaudoti beveik negalima. Tačiau autorius bandęs ir tai padaryti vieną kartą, kada viena poni būtinai užsimaniusi turėti vamzdį, kuriuo galėtų praeiti kiaušinėlis (anksčiau jai abu vamzdžiai operacijos keliu buvę pašalinti). Autorius tikėjęsis rasiąs nors vamzdžio kultę, kuri būtų buvusi galima atidaryti, nes esą žinoma, kad ir vamzdžių kultę palikus įvykstąs apsivaisinimas. Deja, vamzdžiai buvę taip rūpestingai išpiauti, kad gimdos rage buvęs tik randas. Pasinaudoti appendix'u nebuvę galima, nes jame buvęs trūšos akmuo.

Autorius neabejoja, kad tokios rūšies implantacija, kokia jo siūloma, labai tinkama ir ačiū jai įvykstąs apsivaisinimas ir gimdymas.

Tekste yra daug gerų fotografijų, kurios vaizduoja įvairius operacijos momentus. *Dr. T. Goldbergas.*

5. *W. Liebe* (Eberfeld). — **Unsere Behandlung der Placenta praevia** (Mūsų gydymas placentae praeviae). Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1924, Bd. LXV, H. 5).

Autorius palygina konservatinio plac. praeviae gydymo rezultatus su operaciniu ir įrodinėja pranašumus paskutiniojo. Vartojant pirmąjį gydymo būdą, iš 10.063 gimdymų: esant plac. praevia 88 atsitikimams, mirtingumas motinų siekęs 6,81%, kūdikių — 51,13%. Vartojant operacinį būdą, iš 4210 gimdymų: esant 52 plac. praeviae atsitikimams, motinų mirę 1,96%, kūdikių — 20,73%. Iš operacinių metodžių autorius už vis labiau giria, priekinės sienelės intravaginalį perkirtimą (hysterotomia anterior), negu sectio caesarea. Gimdančiosioms pirmą sykį daroma Schuchard'o piūvis. Jei ligonė netenka daug kraujo, tai įleidžiama į veną 200—300 ccm., sumaišyto su Na citricum, kraujo, paimto iš vyro. Operuojant šiuo būdu nebuvę nė karto didelių kraujoplūdžių. Piūvis, tiesa, daromas aukštai kaklelyje, kad, galvutei praeinant, neplyštų toliau. Baigdamas autorius išreiškia pageidavimo, kad prieš siunčiant ligoninėsna moteris (su plac. praevia) nebūtų daromi joms vidaus tyrimai ir tamponacijos.

Dr. T. Goldbergas.

6. *S. Weissenberg* (Elisabethgrad). — **Der kunstliche Abort und die dabei zu beobachtenden Erscheinungen.** (Dirbtinis abortas ir pastebimi drauge su juo reiškiniai. (Zentr. f. Geb. u. 1924, Nr. 33).

Smulkiai aprašoma gimdos išgrandymas technikos ir socialiu atžvilgiu darant abortus, kurie Tarybų dekreto leisti daryti pirmųjų 3-jų neštumo mėnesių laikotarpy. Šią operaciją aiškiai vaizduojąs masinis autoriaus prityrimas. Autorius priešingas jodo preparatų įšvirkštimams; vartojąs jis aštrias kiuretes 2-5 Nr., operuojąs apskritai be narkozės; jis priešingas aubulatoriškiems išgrandymams, taip pat, gimdos vidaus plovimams. Kriminališkojo aborto atsitikimais, kurie, nežiūrint išleisto dekreto, vistiek nepranykstą (dekretas leidžiąs daryti abrazijas tik ligoninėse), autorius pripažįstąs tik vieną indikaciją, būtent, jei yra kur artimuose organuose uždegimo procesas. Vokiečių klinikos ginčai del karščiavimo, del operacijos atidėliojimo arba paskubinimo autoriui nesuprantami. Gimdoje esanti materia peccans ir ji reikalinga tuojau pašalinti. *Dr. T. Goldbergas.*

7. *C. Schröter.* — **„Zwei Fälle von Eklampsie“** (Du eklampsijos atsitikimu). (Zentr f. Geb. u. Gyn. 1924, Nr. 31).

Paskatintas geru novokaino veikimu esant tetanijai, autorius bandęs vieną eklampsijos atsitikimą gydyti, kada niekas negelbėjęs, lumbaliniais 5⁰/₀ tropokokaino įšvirkštimais. Iki gydymo ligonė buvusi sveika. Gimdant jokių komplikuočių nebuvę. Tą pačią dieną atsitikęs pirmasis priepuolis. Duodama eufilino ir morfijaus. Ligonė truputį pagerėjusi. Vakare vėl pasikartoję priepuoliai, dažnesni ir smarkesni. Daroma narkozė eteru. Ligonė nugabenama klinikon. Per tą dieną buvę 12—15 priepuolių. Cianozė. Kvėpavimas darąsis lėtesnis. T⁰39,6. Šlapime baltymų 7⁰/₀; kojos subrinkusios. Vėl du sunkūs priepuoliai. Daroma venaesectio. Po to vėl sunkus priepuolis su ilga kvėpavimo pertrauka net ir priepuoliui pasibaigus. Gulinčiai ant šono įleidžiama intralumbaliai Sol. Tropokokaini 5⁰/₀. Cianozė tuojau pranykusi, kvėpavimas tapęs lygus, ligonė nurimusi. Po 2 val. dar buvęs trumpas lengvas priepuolis. Paskum ligonė pasveikusi. Sunkiais atsitikimais autorius rekomenduoja išbandyti šią priemonę.
Dr. T. Goldbergas.

8. *Kiehne* (Halle). — **Zur Therapie des Tetanus puerperalis“** (Gimdyvių tetanijos gydymo klausimu) (Zentr. f. Geb. u. Gyn. 1923, Nr. 33).

Pasiremdamas keturiais gimdyvių tetanijos atsitikimais, kurių trys pasveikę, ketvirtoji mirusi po kurio laiko, ligos simptomams praėjus, nuo embolijos, autorius rekomenduoja tetanijos atsitikimais tuojau vagininiai ekstirpuoti gimdą ir po to daryti antitetaniškojo serumo injekcijas (po 50 ccm. kasdien).
Dr. T. Goldbergas.

VIII. Urologija.

1. *E. Wossidlo* (Berlin).—**Operationsmethoden der Prostatahypertrophie**. (Operacinės metodės prostatos hipertrofijai gydyti). (Zeitschrift f. Urologie, 1923, Bd. 17).

Autorius nagrinėja visas operacijų metodes, taikintas padidintai prostatai gydyti (operatio suprapubica, perineale, parasacrale) 104 jo operuotais atsitikimais. Geriausių rezultatų jis gavęs, darydamas prostatectomia suprapubica. Principiniai jis operuojąs dviem žygiais: pirmu žygiu jis darąs pūslės fistulą, antru žygiu prostatektomiją. Šių dviejų operacijų laikotarpyje jis prirengiąs pūslę ir atitaisąs sutrikdytas inkstų funkcijas. Operacijai dviem žygiais jis nurodo šias indikacijas: a) aukštas kraujo spaudimas, b) vidutinis arba smarkus inkstų funkcijų sutrikimas, c) aukštyn kylančio pobūdžio inkstų geldelių infekcija, d) prostatos infekcija per šlapimo kanalą. Šiais atsitikimais operacija dviem žygiais esanti daug palankesnė ligoniui quo ad vitam. Tokią dviem žygiais operaciją autorius laikąs ideališka. Jos trūkumas —ilgas kliniškas gydymas, ir į šį socialį momentą privalą būti kreipiama dėmesio tik tada, jei operatorius galįs imti atsakomybę už vienžyginę operaciją. Todel jis esąs pašalinis faktorius. Autorius, jei kai kada operuojąs vienu žygiu, tai tik tuomet, kai inkstų veikimas normalus arba tik truputį tesutrikdytas. Jis rekomenduoja operuoti prostatą, esant puslėje nedideliam kiekiui šlapimo (100 ccm.), net tais atvejais, kada nėsama kaž kurių nors nepaprastų nusiskundimų, nes progresuojant amžiui mirtingumas didėjąs. Kai del technikos, tai autorius operuojąs iš viršaus dar todel, kad, darant perinealinę operaciją, gaudavęsis šlapimo nesilaikymas. Jis darąs plačią skylę pūslėj, fiksuodamas sienelę prie žaizdos odos kraštų. Vienu žygiu autorius operuojąs tiktai sunkiais atsitikimais, jei yra smarkus kraujoplūdis (indicatio vitalis), bet tada esą didesnio mirtingumo pavojaus. Voelcker'o operaciją autorius darąs karcinominės prostatos atsitikimais. *Dr. T. Goldbergas.*

2. *A. Ecke.*— **Beitrage zur Frage der Bekämpfung des postoperativen Harnverhandlung durch intravenöse Urotropininjektion**. (Zentr. f. Ged. u. Gyn. 1924, Nr. 32).

Išbandęs (Schweizer'o klinikoje Chemnitze) urotropino išvirkštimus 150 ligonių, autorius rekomenduoja šį vaistą. Esant ischurijai duodamas per os urotropinas neveikiąs. Intraveniniai (in venam medianam) įleidžiama urotropino 9 val. vak. visiems nenusišlapinusiems ligoniams operacijos dieną (po 5 ccm. $40^{0}/_{0}$ tirpinio Schering'o ampulėse), apskaičiuojant, kad operuotieji iš ryto šlapinasi paprastai tarp 7—9 val. vakaro. Kadangi urotropino veikimas pasirodąs tik po kelių valandų, tai klinikosę paprastai laukiama 10—12 valandų po injekcijos. Autorius gi, turėdamas galvoje tai, kad urotropinas smarkiai dezinfekuojąs šlapimą, manąs, kad šlapimo pūslės uždegimo nuo kateterizacijos nėsą ko bijotis; tais atvejais, kada ligonis ir po injekcijos patsai šlapintis negali, autorius daręs kateterizaciją 22-ms ligoniams, kurie per 4 valand. po injekcijos dar nebuvę šlapinęsi, tuo labiau, kad reikėję bijotis laikyti taip ilgai toniškai pakitusią ir pripildytą pūslę. Iš 150 ligonių 51 moteriškei operacijos dieną 9 val. val. vak. buvo įšvirkšta urotropino. Krintąs į akis didelis skaičius užsilaikymo šlapimo operuotiesiems Aleksandro Adams'o būdu, kurie šlapimo susilaikymą turėję daug dažniau, negu operuotieji abdominaliai radikališkai. Nėsą jokio skirtumo tarp operuotųjų bendrojoje arba vietinėje narkozėje. Šlapimo susilaikymo skaičius didėjąs sąryšyje su ilgesniu operacijos laiku ir suvartoto operacijos metu narkotiko kiekiu. Smarkaus noro šlapintis (tenezmių) po įšvirkštimo nebuvę stebėta. Kenksmingo veikimo urotropino šlapinimosi takams pastebėta nebuvę.

Dr. T. Goldbergas.

IX. Nervų ir psich. ligos.

16. *Prof. Dr. A. Kutzinski* (Koenigsberg). — **Schwinden eines schweren histerischen Syptomen-Komplexes, bedingt durch sexuelle Uebererregbarkeit, nach Kastration.** (Pašalinimas kastracijos būdu sunkaus isteriškojo simptominio komplekso, kylančio iš seksuališkojo persijaudinimo) (D. Med. Woch. 1924, Nr. 28).

Kutzinski's paduoda smulkią ligos istoriją vienos 22 metų amžiaus mergaitės, kuri 5 metus sirgusi isteriškuoju simptominiu kompleksu su seksuališkojo persijaudinimo reiškiniais. Ligos vaizde pasižymį dažni (iki 100 paroje) priepuoliai, sąmonės nepametant, su kloniškuoju ir toniškuoju mėšlungiu, dažnai su kliedesiu, kurie trukdavę kelias ir net ligi penkiolikos minučių. Po ilgesnių priepuolių — amnezija. Per ankstybas lyties jausmo iškilimas, su erotinėmis fantazijomis ir smarkia masturbacija. Smarkių seksuališkųjų įsijaudinimų metu ligonė dėdavusi į vagina sagutes, plaukų segtukus ir kt. daiktus. Visos gydymo metodės, taikytos ligonei, arba visai likusios be jokių teigiamų rezultatų, arba efektas buvęs tik trumpai pereinamas. Mėginimas švitinti ovarium'us Rentgeno spinduoliais — tai buvę daryta Kutzinski'o pasiūlymu ketvirtais ligos metais — irgi apčiuopiamų rezultatų nedavęs. Tuomet buvę pasiūlyta, kaipo ultimum refugium, kastracija, kuri padaryta prieš 2 metus. Po operacijos visi isteriškojo simptominio komplekso reiškiniai išnykę. Priepuoliai, viso kūno drebėjimas ir kt. visiškai pašalinta. Ligonė esanti darbinga, kenčianti tik del kraujo antplūdžių. Kiek žinoma, tatai bus pirmas literatūroj aprašomas pavyzdys, kur kastracija pavartota sunkiems isteriškiesiems ligos vaizde momentams pašalinti.

Dr. V. Lazersonas.

17. *Prof. Dr. Fritz Härtel.* — **Chirurgische Behandlung der Trigeminus-Neuralgie nach Erfahrungen an deutschen**

und japonischen Kranken. (Nervi trigemini neuralgijos chirurgiškasis gydymas, remiantis tėmijimais vokiečių ir japonų ligonių). (München. Med. Woch. 1924, Nr. 32).

Härtel'is turi savo žinioje labai turtingą medžiagą apie nervi trigemini neuralgijos chirurgiškąjį gydymą; beveik šimtą tokių atvejų jis gavęs tėmyti ilgą laiką Vokietijoje ir Japonijoje. Härteli'o metodė — pakeista Schlösser'io metodė alkoholinių injekcijų. Lengvais atvejais autorius vartojąs periferines injekcijas į atatinkamą nervi trigemini šaką, o sunkiais atvejais autorius, vietoj injekcijų į kaukolės bazę (Schädelbasis), labai sėkmingai vartojęs injekcijas į ganglion Gasseri pro foramen ovale.

Härtel'is skiria du injekcijos būdu į ganglion Gasseri: 1) dalinį ir 2) visiškąjį. Pirmasis injekcijų būdas turįs tikslo tik dalinai išardyti ganglion Gasseri ir palikti apsaugotą ypač pirmąją jo šaką; o darant visiškąją injekciją visas ganglion išardomas.

Alkoholio autorius įleidžia $^1/_2$ — 2 ccm., įbesdamas į foramen ovale adatą $^1/_2$ cm. gilyn dalinėms injekcijoms ir 1—$1^1/_2$ cm. visiškosioms injekcijoms. Iš 42-jų sunkių neuralgijos atvejų, kur Härtel'is daręs visiškąsias alkoh. injekcijas ir kurių dalį jis temijęs ilgus metus (iki 10), tebuvęs tik vienas recidivo atvejys; o daugely kitų sunkių atvejų, kur buvę vis delto padaryta tik dalinė injekcija, radęsi recidivai $^1/_2$—4 metų eigoje. Ir lengvesniais nervi trigeminio neuralgijos atvejais dalinės injekcijos gimdančios po 1 — 2 metų recidivus, ir tokiais atvejais Härtel'is rekomenduoja pakartojamąją dalinę injekciją.

Visiškoji alkoholio injekcija į ganglion Gasseri duodanti tiek palankių rezultatų, jog galinti visiškai atstoti rezekciją sunkiais atvejais; be to, ji esanti, sulyginti, visai nepavojingas gydymo būdas, jei ją vartosime taisyklingos technikos laikantis.

Dr. V. Lazersonas.

X. Akių ligos.

12. *V. Gernet* (Panevėžys). — **Zur Tarsusexzision.** (Zeitschr. f. Augenheilk. 1924, t. 53, Nr. 3—4, p. 211—214).

Autorius išmėginęs Peters'o pasiūlytąjį trachomai gydyti grandymą („Abschabung"), prieš karą darydavęs kasmet tūkstantį ir daugiau kartų trachomos traiškymą (Expressio), vis tik randąs, kad geriausia metodė trachomai gydyti esanti ekscizija.

Prof. P. Avižonis.

13. *Frese* (Berlin). — **Tutocain (ein neues Lokalanaestheticum) in der Ophthalmologie.** (Klin. Wochenschr. 1924, Nr. 28, p. 1269).

Autorius, remdamosi Greeff'o klinikos patyrimais, rekomenduoja tutokainą, kuris, būdamas pigesnis už kokainą ir net už novokainą, galįs pasekmingai pavaduoti tuos tris preparatus, būtent, krislams iš akies imti, tonometrijai ir kaipo analgeticum ragenos erozijose etc., koncentracijoje $1^0/_0$, tenotomijai — $2\text{-}3^0/_0$, ir iridektomijai ir panašioms operacijoms — $3^0/_0$ (lašinant kas 2 minutes iš viso iki 6—8 lašų). Infiltracinei anestezijai pakanką $1^0/_0$, visada pridedant suprarenino. Sterilizuojant esąs patvaresnis už kokainą. Ragenos epiteliui esąs ne tiek kenksmingas, kaip kokainas. *Prof. P. Avižonis.*

14. *Prof. Blessig und Dr. Kuriks* (Dorpat). — **Das Trachom in Estland einst und jetzt.** (Zeitschr. f. Augenheilk. 1924, t. 52, Nr. 5—6, p. 277—286).

Trachoma Ėstų krašte esanti iš senų senovės; ji nėsanti Napoleono kariuomenės iš Aigipto atnešta. Trachomos išsiplatinimui Ėstuose išaiškinti nemaža yra pasidarbavęs Dorpato universitetas su savo akių klinika, kuri buvo įsteigta 1868 m. (ligi tų metų akių klinika buvo sujungta su chirurgine klinika). Ypačiai pažymėtina V. Samson-Himmelstierna ir V. Oettingen'o sumanytasis ir su studentų ir gydytojų pagalba 1856—1859 įvykdytasis apžiūrėjimas akių visų Lifliandijos gub. valstiečių. Tuomet rasta visoje Lifliandijoje tarp ėstų (šiaurės Lifliandija) $1{,}2^0/_0$ trachomotų, tarp latvių (pietų Lifliandija) $1{,}05^0/_0$ trachomotų, kai kuriose ėstiškosios Lifliandijos (dabar Ėstijos) parapijose net iki $4{,}46^0/_0$ trachomotų.

1922 m. dr. Kuriks apžiūrėjęs beveik visas Dorpato mokyklas (17 pradžios mokyklų ir 11 aukštesniųjų mokyklų, viso 9544 mokinius su $0{,}8^0/_0$ trachomotų), Dorpato garnizoną (trachomos $1{,}06^0/_0$), 300 vaikų ligoninėse ir prieglaudose (trachomos $0{,}03^0/_0$), keletą prieglaudų seneliams (trachomos $17{,}44^0/_0$). Toliau, tas pats autorius surinkęs visą literatūrą apie trachomą ėstų krašte ir patiekia ištrauką iš Dorpato akių klinikos apyskaitų, iš kurių matyti mažėjimas ne tik trachomotų ligonių, bet ir daromųjų klinikoje vokų operacijų (entropium, trichiasis etc.). Taip pat, 1805—1842 m. trachomotų buvę $61{,}1^0/_0$ viso ligonių skaičiaus, 1843—1867 m. — $50{,}6^0/_0$, 1868—1870 m. — $41^0/_0$, 1871—1878 m. — $38{,}5^0/_0$, 1889 m. — $30{,}3^0/_0$, 1906—1907 m. — $29^0/_0$, 1920—1922 m. — $9{,}86^0/_0$. Vokų operacijų 1868—1878 m. buvę $55^0/_0$ viso operacijų skaičiaus, gi 1921—1922 m. tik $26{,}2^0/_0$.

Prileisdami apyskaitų reikšmės nevienodumą del buvusio šimtas metų atgal nevienodumo pažiūrų į trachomą, prileisdami, kad seniau Dorpato klinikos trachomotųjų skaičių žymiai padidindavo ligoniai iš Kuršo ir Kauno gub., autoriai vis tik daro išvadą, kad trachoma Ėstuose turinti neabejotinos tendencijos mažėti ir silpnėti. Tačiau autoriai konstatuoja, kad trachoma anaiptol dar nėsanti nustojusi būti krašto rykšte, ir, pabrėždami tą faktą, kad tarp apakimo priežasčių trachoma stovi pirmojoje vietoje, pataria energingai kovoti su ja.

Prof. P. Avižonis.

XI. Odos ir veneros ligos.

20. *Prof. Henry Semon.* — **An antidote for arsenic, bismuth and mercury poisoning.** (Arsenu, bismutu ir gyvsidabriu nusinuodymo antidotas) (Brit. med. juorn. 1924, Nr. 3302. Ref. Zentralb. f. Haut u. Geschl. 1924, Bd. 13, H. $^{5}/_{6}$).

Autorius, remdamasis skaitlingais pastaruoju laiku patyrimais Londono ligoninėse, priėjęs išvados, kad NaThiosulfat esąs puikiausias antidotas neosalvarsanu, gyvsidabriu ir bismutu nusinuodymo apsireiškimais antiliuetiniai begydant. Šis vaistas vartojama dozėmis 0,45; 0,6; 0,75 ir 0,9 sterilizuotais tirpiniais (ampulose po 5,0 gr.) intravenoziniams švirkštimams kas 2 dieną, esant stomatitui nuo gyvsidabrio ar bismuto, o taipogi dermatitui ir toksiniam icterus arsenicalis. Autorius stebėjęs taisyklingą toksininių reiškinių greitą išnykimą. Šis preparatas galima vartoti ir vidun, tačiau tam reikalinga aukštų dozių. Be to, vartojant per os, vaistas sukeliąs viduriavimą ir piovimą viduriuose, o intravenoziniai — energingai veikiąs ir ligonių labai gerai pakeliamas, nesukeldamas jokių pašalinių reiškinių.

Autorius stebėjęs taipogi puikiausį vietinį minėtojo antidoto veiksmą, įleidus priepuolamai neosalvarsaną paravenoziniai, — infiltratas buvęs visiškai neskaudus ir greitai rezorbavęsis. Todel, priepuolamai neosalvarsano paravenoziniai įšvirkštus, rekomenduojama, neišimant adatos, įpilti sterilinio skiedinio NaThiosulfat'o 0,75:8,0. *Dr. M. Šimkevičius.*

21. *Dr. Käthe Italiener.* **Unsere Erfolge mit hohen Neosalvarsandosen bei Behandlung der angeborenen Syphilis.**

(Mūsų pasisekimai begydant įgimtąjį sifilį didelėmis neosalvarsano dozėmis).

(Klin. Wochenschr. 1924, Nr. 14).

Pasak autorių, reikalinga skirti gydymas įgimtojo ir šiaip įgytojo sifilio, nes infekcijos kelias yra nevienodas ir, be to, vaiko organizmas kitaip reaguojąs arsenui negu suaugusio. Vaiko organizmas, įgimtam lues'ui esant, labai gerai pakeliąs, palyginti, didesnes neosalvarsano dozes nėkaip suaugusio.

Remdamasis savo patyrimais, autorius gydąs naujagimių ir vyresnių vaikų įgimtąjį lues'ą, palyginti, aukštesnėmis dozėmis. Gydymą vedąs griežtai nustatyta schema—Neosalvarsan - Calomel ir Neosalvarsan - frikcijos.

Schema aiškiai rodo, kad visas gydymo kursas tveriąs 12 savaičių ir susidedąs iš 12 pylimų Neosalvarsan'o ir 12 Calomel'io injekcijų arba 6 savaičių gyvsidabrio trynimų.

Calomel'io injekcijos vartojama žinduoliams gydyti, o trynimai gyvsidabrio — vaikams nuo 2 metų. Protarpis tarp kurių — 3 mėnesiai. Jeigu prieš vieną iš kursų WaR negatyvi, tuomet reikią dar atlikti 2 gydymo kursai ir, trims mėnesiams po paskutiniojo kurso praėjus, išmėginti WaR. Jei bus negatyvi, reikią laikyti gydymas baigtu. Dozavimas autoriaus nustatytas šis:

Calomel: 0,001 gr. vienam klg. kūno svorio;
Ung. hydrarg. ciner. 0,1 " " " "
Neosalvarsan: 1—2 metų amžyje 0,03 gr. vienam klgr. kūno svorio; nuo 3 — 5 metų — 0,02 vienam klgr., o vėliau — 0,01 vienam klgr. svorio; 14 — 15 metų amžyje maksimalė vienkartinė dozė — 0,45.

Gydymo schema:

Neosalvarsan - Calomel forma			Neosalvarsan - frikcijų forma		
Savaitės	Calomel	Neosalvars.	Savaitės	Frikcijos	Neosalvars.
1	1. 2. 3.		1	Ištisą savaitę	
2			2	Ištisą savaitę	
3		I. II. III.	3		I. II.
4	4. 5. 6.		4		III. IV.
5			5	Ištisą savaitę	
6		IV. V. VI.	6	Ištisą savaitę	
7	7. 8. 9.		7		V. VI.
8			8		VII. VIII.
9		VII. VIII. IX.	9	Ištisą savaitę	
10	10. 11. 12.		10	Ištisą savaitę	
11			11		IX. X.
12		X. XI. XII.	12		XI. XII.

Aprašomą gydymo būdą vartodamas, autorius nepastebėjęs jokių komplikuočių; pasekmės — labai geros.

Dr. M. Šimkevičius.

22. *Prof. S. T. Pavlov.* — **K voprosu o prurigo.** (Prurigo klausimu) (Russkij Viestnik Dermatologii 1924, Nr. 2).

Prof. Pavlov'as, tyrinėdamas nervų sistemą vaikų, sergančių prurigo, konstatavęs odos refleksų sutrikimą: beveik visais atvejais plantarinio ir pusėje atsitikimų pilvo refleksų.

Įdomu, kad ligą begydant refleksai atgimę, o ištikusiuose keliuose recidyvuose refleksai vėl išnykdavę. Pas kontrolinius vaikus, sirgusius įvairiomis odos niežulio ligomis, minėtų refleksų sutrikimo nebūta.

Autorius laiko plantarinio reflekso prie prurigo sutrikimą patognomingu ir atydos vertu diagnoziniu simptomu, ypač nevisai tipingais ligos atvejais. *Dr. M. Šimkevičius.*

XII. Odontologija.

6. *Dr. E. Schmidt* (Magdeburg). — **Zwei seltene Fälle von Mundaffektionen im Zusammenhang mit der Menstruation** (Du reti burnos ligos atsitikimai sąryšy su mėnesinėmis). (Zahnärztliche Rundschau 1924, Nr. 27).

Senai yra žinoma mėnesinių įtaka burnai. Autorius stebėjo du tokiu atsitikimu, katriems panašių atitinkamoje literatūroje nėsąs radęs.

I. 1923. III. 14. atėjusi pas jį pacientė, 14 m. amž., skųsdamasi smarkiais skausmais dešiniųjų viršutinių krūminių (moliarų) dantų srityje. Buvę ten rasta pieninių dantų šaknų liekanos, kurios tuojau ir ištraukta.

1923. III. 19 d. Dešiniojoj pusėje skausmai paplitę iki iltinio danties. Sukandant skaudą visi dantys. Jokio caries arba dantų akmens nėsą. Padarytosios ekstrakcijos žaizdos gerai gyjančios. 1923. III. 18 d. atsiradusios pirmosios mėnesinės.

III. 20 d. smarkūs dantų skausmai savaime ir net juos liečiant. Dantų smagenys smarkiai sutinusios ir kai kuriose vietose lygaus su dantimis aukštumo. Terapija: Trigemin ir burnos plovimas.

III. 22 d. Autorius aplankęs pacientę namuose: ligonė gulinti lovoje; t⁰ 38,2; visi ligos reiškiniai pasmarkėję; dantys visi klibą, kai kurie taip smarkiai, jog juos esą galima net pirštais ištraukti.

III. 23 d. Mėnesinės nustojusios.

III. 24 d. Ligos reiškiniai ėmę mažėti.

III. 25 d. Smagenų sutinimas atslūgęs, dantys sustiprėję, barškinant truputį skaudą; savaimingų skausmų nėsą.

Po 4 savaičių sekamos mėnesinės, bet be jokių ypatingų reiškinių, lygiai taip pat, kaip ir kitos tolimesnės mėnesinės.

1924. V. 2 d. (t. y. po metų). Visi dantys esą tvarkoje, tvirtai laikąsi, jų pulpa gyva nežiūrint to, kad del buvusio jų tokio išklibėjimo pulpa galėjusi apmirti.

Įdomu pažymėti tai, kad, jei autorius nebūtų atsiprotėjęs, kad šitokiais atsitikimais galį būti mėnesinių įtakos, tai dauguma dantų būtų buvę ištraukti.

II. Pacientė, 47 m. amž., atėjusi pas autorių 1923. IX. 23 d., skųsdamasi deginimu burnos ir liežuvio galo. Burnos gleivinė labai išblyškusi, o ant apatinės lūpos ir liežuvio charakteringi aftai. Dantų vietomis nebėsą, kai kurie plombuoti, bet tvarkoje. Foetor ex ore burnoje nėsąs. Sifiliu ir tuberkulioze nesirgusi. Terapija — tepimas ir plovimas be pasekmių. Paaiškėję, kad po 3-jų mėnesių pertraukos ligonei vėl atsiradusios mėnesinės kurioms praėjus, ligonė iš karto pagerėjusi ir aftai, nepalikdami burnoje jokių randų, prapuolę.

1924. II. 18 d. pasirodžiusios naujos mėnesinės ir drauge su jomis vėl tokie pat aftai, bet tik ant galo liežuvio. Po 4 savaičių mėnesinės pasikartojusios su tais pačiais, tik kiek stlpnesniais reiškiniais.

Aprašytieji atsitikimai pasitaiką retai, tačiau neaiškiais atsitikimais reiškią kreipti dėmęsio į galimą sąryšį mėnesinių su burna.

Dantų gydytojas S. Griliches.

PS. 1922 m. man teko pastebėti 14—15 m. amžiaus pacientė, kuriai, pirmosioms mėnesinėms atsiradus, o paskui ir ir joms pasikartojant 3—4 sykius, kiekvieną kartą dautų smagenys subrinkdavo ir, palietus jas pirštais aiba dantų šepetuku, tekėdavo kraujas taip, jog net minkštą duonos kąsnį sukruvindavo. Iki prasidedant mėnesinėms ir laikotarpy tarp dviejų mėnesinių smagenys būdavo normalios. Toliau reiškiniai kiekvieną sykį ėję silpnyn ir pagaliau visai prapuolė. Plauti burną taninu tų reiškinių metu būdavo labai naudinga.

Pabrinkusios dantų smagenys pastebimos dažnai pas nėščias.

Dantų gyd. S. Griliches.

Prof. Vl. Lašas.

Tarptautinės Sąjungos kovai su tuberkulioze IV-oji Konferencija[1]).

I.

Šių metų rugpiūčio 5—7 d. Lozanoje buvo Tarptautinės Sąjungos kovai su tuberkulioze IV-oji Konferencija.

Pirmąją Konferencijos dieną dalyvių buvo užregistruota 400 su viršum. Šveicarijos gydytojų ir profesorių užregistruota 117, Prancūzijos — 89, Anglijos — 45, Amerikos Jungtinių valstybių — 29, Italijos — 25, Čechoslovakijos — 17, Belgijos — 12, Liuksenburgo — 11, Austrijos 1, Bulgarijos — 1, Danijos — 6, Ispanijos — 5, Olandijos — 5, Švedijos — 9, Rumunijos —3, Norvegijos — 2, Lenkijos — 4, Jugoslavijos — 1 ir Monako — 1. Be to, buvo atstovų iš Uragvajaus, Venecuelos, Peru, Argentinos, Kinijos ir Japonijos. Buvę 27 kraštų atstovai.

Konferencijos atidarymas įvyko gražiausioje Universiteto auloje. Konferenciją atidarė Šveicarijos Prezidentas E. Chuard. Po trumpų kalbų Tarptautinės Sąjungos Vykdomojo Komiteto pirmininko Dr. Dewez'o, Konferencijos pirmininko prof. Morin'o, Tarptautinės Sąjungos kovai su tuberkulioze generalinio sekretoriaus prof. M. Bernard'o ir Lozanos Universiteto Medicinos fakulteto Dekano prof. M. Arthus'o Konferencija priėjo prie savo mokslinės dalies, kuri susidarė iš penkių pranešimų: profesorių: Calmette'o, Forssner'o, R. Philip'o, M. Sahli'o ir L. Bernard'o. Nors mokslo pranešimų buvo nedaug, tačiau jų turiningumas ir įdomumas verčia mane čia „Medicinos" skiltyse nors trumpai juos atvaizduoti, juo labiau man tas rūpi daryti, kad mes tuberkuliozės klausimu turėtume susirūpinti, jei ne daugiau, tai bent ne mažiau, negu kiti.

II.

Daugiausia suinteresavo visus Paryžiaus Pasteur'o Instituto vice-direktoriaus prof. M. Calmette'o pranešimas. Calmette'o vardas ir jo eksperimentų daviniai beveik visų pranešėjų ir dalyvių debatuose buvo minimi. Calmette'o vardas Konferencijoje, galima sakyti, užėmė centrinę vietą.

Calmette kalbėjo klausimu: *Ar yra gamtoje ir ar galima dirbtiniu būdu padaryti Koch'o bacilų saprofitinių formų, kurios galėtų virsti virulentinėmis tuberkuliozės bacilomis?*

Esąs labai didelis skaičius bacilų rūšių, kurios savo forma ir chemiškuoju afinitetu esančios labai panašios Koch'o aprašytoms tuberkuliozės baciloms. Šios bacilos paprastai randama labai įvairiose vietose netuberkuloziniame organizme. Calmette užsiduoda klausimu, ar esanti reali giminystė tarp minėtų mikroorganizmų rūšių ir patogeninių bacilų?

---

[1]) Pranešimas, darytas Kauno Med. Dr-jos posėdyje š m. rugsėjo mėn. 5 d.

Jei šie mikroorganizmai, nuosekliai perleidus per gyvus organizmus ar per kultūras ir juos įskiepijus, duotų tuberkuliozinį sužalojimą, arba jei būtų nustatyta, kad tam tikros, iš pradžių virulentinės, bacilos spontaniškai galinčios netekti savo patogeniškų savybių, tai klausimas išsirištų teigiamai. Calmette, remdamasis savais eksperimentais, tvirtina, kad tarp minėtų mikroorganizmų dviejų kategorijų nėsą nei identiškumo, nei angštos giminystės. Calmette'ui dirbtiniu būdu pasisekę gauti tuberkuliozės bacilų gyvų, bet nebevirulentinių. Tokios bacilos būsianti labai gera medžiaga organizmui imunizuoti prieš tuberkuliozę. Kaip iš bakteriologų teko sužinoti, Calmette tuberkuliozės bacilas susilpninąs, laikydamas jas tulžyje bent trejetą metų. Šį savo naują išradimą Calmette dar tik š. m. birželio 24 d. esąs pranešęs Paryžiaus Medicinos Akademijai. Calmette'o darbai šioje srityje, žinoma, nėra dar baigti, bet jie tiekia daug vilties. Ar duos Calmette'o darbai praktiškų rezultatų tuberkuliozės imunizavimo srityje tiek daug, kiek iš jų laukiama, parodys ateitis.

Dalyvavusieji diskusijose profesoriai F. Bezancon'as ir A. Philibert'as (Paryžius), darydami išvadas iš savo darbų, pareiškia, kad negalima neigti a priori toji giministė, kuri riša Koch'o bacilas su kaimyninėmis rūšimis, tačiau jie maną, kaip ir daugelis tyrinėtojų, kad žmogaus apsikrėtimas džiova įvykstąs tiktai tikrųjų tuberkuliozinių bacilų pagalba ir kad kaimyninės bacilų rūšys nėsančios patogeninės.

Dr. N. Raw'as (Londonas) palaiko Calmette'o idėją ir linkęs manyti, kad artificialiai Koch'o bacilų susilpnintų praktiškas pritaikinimas tuberkuliozės imunizavimo srityje turėsęs turėti didelės reikšmės.

Dr. Pruvost'as (Paryžius) nurodo į kai kuriuos Calmette'o eksperimentų trūkumus.

III.

Antrasis pranešimas buvo darytas Berno profesoriaus H. Sahli tema: *„Organizmo kova su tuberkuliozės bacilomis"*.

Tuberkuliozė, kaip ir kitos infekcinės ligos, turinti didelės tendencijos spontaniškai išgyti. Organizmas savo apsigynimo priemonėmis tuberkuliozę labai dažnai nuveikiąs. Naegeli esąs nustatęs, kad po 40 metų amžiaus 100% visų žmonių esą persirgę arba sergą tuberkulioze. Tiesa, šių atsitikimų dauguma kliniškai nepasireiškią, pasilikdami be simptomų. Tuberkulioze mirštanti $^1/_6$ — $^1/_7$ dalis žmonių.

Anatomiškai tuberkuliozė surandama žmogui senstant vis dažniau ir dažniau, bet mirtingumas atsižvelgiant į žmogaus amžių vis mažėjąs: 1—5 metų amžiuje mirštą 100%, suaugusiųjų mirštą 20—30% ir po 60 metų mirštą tik 5%. Be to, juo ilgiau žmogus sergąs tuberkulioze, juo daugiau esą vilties, kad jis išgysęs. Ligos stovio pakitimai pareiną ne nuo bacilų savybių keitimosi, bet nuo žmogaus organizmo atsparumo pakitimų. Sahli organizmo gynimosi priemones dalina į dvi kategoriji: lokalinės uždegimo reakcijos ir imunizuojančio specifiško pobūdžio priemonės.

Lokalinės priemonės: 1) uždegimas esanti universalinė organizmo gynimosi jėga prieš įvairius sužalojimus. Uždegimą paprastai sukeliąs ne pats antkrytis betarpiai, bet audinių griuvimo produktai, kurie atsirandą veikiant antkryčiams; prie tuberkuliozės, tiesa, kartais uždegimas sukeliamas ir pačių tuberkuliozės bacilų. Uždegimo proceso dėliai skilimo produktai pasišaliną ir prasidedanti audinių regeneracija. Vienas daugiausia žinomų uždegimo naudingų momentų esanti fagocitozė. Sergant tuberkulioze svarbiausią fagocitozinę reikšmę turį dėliai tam tikrų savo ypatybių limfocitai (Aschoff'o histocitai, Mečnikov'o makrofagai). Ši limfocitų griaunamoji galia galima padidinti imunizacijos būdu (Bergel). 2) Greta forminių elementų biologiškojo veikimo prie tuberkuliozinio uždegimo vykstanti chemiškoji nuodų neutralizacija. Eksudato koloidinė substancija, nors ir nėra specifiška, betgi veikianti kaipo antitoksinis antikūnas (uždegimo antikūnai). Susirgimo vietoje dėliai uždegimo hiperemijos ir eksudacijos atsirandą ir specifiškų antikūnų. 3) Po uždegimo seką randavimo, inkapsuliacijos, suvarškėjimo ir sukalkėjimo procesai. Jie taipgi esą svarbi organizmo gynimosi priemonė. Suvarškėjimas, tiesa, kartais esąs pavojingas, nes, kada toks židinys perforuoja veną ar limfos indą, galįs bacilas išnešioti po visą kūną. Randavimas, sutraukdamas plaučius (cirozė), juos imobilizuojąs ir veikiąs, nelyginant dirbtinis pneumotoroksas; jei randavimas paliečiąs platesnes plaučių sritis, tai krūtinės ląstos siena galinti būti įtraukta, nelyginant būtų padaryta torakoplastikos operacija. 4) Plaučių imobilizacija gaunantis ir dėliai plaučių kompresijos, kada plaučiai suspaudžiami pleuritinio eksudato, arba del spontaniškojo pneumotorakso.

Toliau, prof. Sahli analizuoja tas organizmo gynimosi priemones, kurios yra surištos su imunitetu, ir sako, kad nors tuberkuliozės atžvilgiu, atrodo, organizmas neturįs nei įgimtojo imuniteto, nes, kaip jau sakyta aukščiau, infekuotų tuberkulioze suaugusiųjų esą 100%, nei įgytojo imuniteto (paprastąja prasme), nes pas džiovininkus galima dažnai pastebėti visa eilė atokričių, tačiau klinikoje ant kiekvieno žingsnio tenką susidurti su imuniteto reiškiniais. Nors apie 100% suaugusiųjų žmonių perservą tuberkulioze, tačiau vėliau jie kliniškai esą sveiki, reiškia, vis tik turį turėti imunitetą. Jei jie neturėtų jokio imuniteto, tai vėliau, esant kiekviename žingsnyje pavojui reinfekuotis, vėl tuojau susirgtų. Tuo būdu išeina, kad latentinis ar išgijęs tuberkuliozinis židinys sudarąs kaip ir talismaną, kuris organizmą ginąs nuo tolimesnio užsikretimo. Tas faktas, kad džiova progresuoja ne nuolatos, bet esti pagerėjimų, taipgi reikią aiškinti įgytu imunitetu. Roemer'is parodęs, kad žmogaus plaučių tuberkuliozė esanti jau antrinė infekcija. Jei užkrėstume tuberkulioze jūrų kiaulikę antrą sykį, gaunąsis panašus susirgimas, kaip ir pas žmogų; tais atsitikimais gi, kada jūrų kiaulikė buvusi užkrėsta pirmą sykį, tuberkuliozės vaizdas gaunąsis visai kitas, negu pas žmogų, kaip jis paprastai būna. Toji aplinkybė, kad sergant plaučių tuberkulioze, nebūtinai suserga kiti organai, reikią aiškinti imuniteto veikimu. Epidemiologų esą taipgi patirta, kad žmonės, atvykę iš kraštų, kur mažai serga tuberkulioze ir neturėję progos įgyti imuniteto, esą daug mažiau atsparūs tuberkuliozei ir daug sunkiau ja sergą.

Džiovininko serume esą komplemento atsukamosios substancijos (antikūnų Ehrlich'o amboceptorio tipo), agliutinuojančių antikūnų ir, be to, persirgusiojo serume esą antikutinų arba, kaip Sahli siūlo vadinti, antikutireaktinų, tai yra tokių antikūnų, kurie, padarius Pirquet'o reakciją, silpniną odos uždegimo reiškinius. Tuberkuliozinio žmogaus serume esą antikūnai: termolabilinis, kuris inflamacinį tuberkulino veikimą silpninąs, ir termostabilinis, kuris veikimą didinąs.

Geras tuberkulinas (pavyzdžiui, Beraneck'o tuberkulinas) turįs visų svarbiausių tuberkuliozės antigenų. Tuberkuliozės antigenai nulemią tuberkulioziniame organizme humoralinių antikūnų atsiradimą, kurie ir esą imuniteto reiškinių nešiotojai. Organizme antikūnų esą begalo daug, vieni jų (kenksmingieji) padidiną uždegimo reakciją, antri (naudingieji) — mažiną. Organizmo geresnis ar blogesnis ligos stovis pareinąs nuo to, katrie jų imą viršų.

Tas faktas, kad kartotinis vartojimas tuberkulino, nors jis būtų skiepytas ir ne toje pačioje vietoje, padidinąs vietinį (pirmakartinio vartojimo vietoje) audinių jautrumą, leidęs tyrinėtojams pripažinti esant ir histogeninį imunitetą. Sahli tačiau, einant savo antikūnų teorija, nematąs reikalo skirstyti imunitetą į humoralinį ir histogeninį, nes humoraliniai antikūnai kylą taipogi iš audinių ir histogeniškai imunitetas reiškiąsis tada, kai antigenai veikią audinį, kuris produkuoja antikūnus..

Antikūnai, kurie reakciją mažiną, atsirandą kaipo reakciją didinančių antikūnų veikimo išdava. Del tos priežasties tuberkulininė odos reakcija iš pradžių didinantis, paskui mažėjanti arba taipgi tuberkuliozės sirgimo ligoje būną pagerėjimų ir pablogėjimų, kitaip sakant, teigiamų ir neigiamų imuniteto fazių.

Užsikrėtus tuberkulioze atsirandą tuberkuliozinis audinys ir ir antikūnų. Kai kurie pripažįstą, kad antikūnų daugiausia atsirandą ties tuberkulioziniu audiniu, kur tuberkulino koncentracija didžiausia; gi, Sahli manymu, antikūnai produkuojami visur ir sveikame audinyje, būtent, kiekvienoje vietoje, kur tik tuberkulinas būna nuneštas.

Antikūnai, skaldydami tuberkuliną, duodą jo skilimo labai nuodingą produktą — tuberkuliopiriną, kuris sukeliąs uždegimą, iš antros pusės, antikūnai veikią atnuodijančiai tuo būdu, kad arba skaldą tuberkuliopiriną (Friedberger), arba surišą tuberkuliną, arba, kaip Sahli mano, kliudą veikti tuberkuliopirinui. Tuo būdu pasidarąs imunitetas.

Kada organizmo kovoje su tuberkuliozės bacilomis pradedančios imti viršų paskutinės, tada kliniškai apsireiškianti liga. Svarbiausios organizmo atsparumo sumenkėjimo priežastys esančios: nepakankamas maitinimasis, persidirbimas, peršalimas, susirgimai ir psichinė įtaka.

Jei organizme esą labai daug tuberkuliozės židinių, jie absorbuoją visus antikūnus, tada tuberkulino injekcija nebeduodanti jokios reakcijos. Šį stovį Sahli vadina antianafilaksija, kuri reikią skirti nuo imuniteto. Tokį antianafilaksijos stovį dirbtiniai sukelią neprityrę terapininkai, kurie, vartodami tuberkuliną, panaudoja pacijentui po oda tokią didelę tuberkulino dozę, jog nebegauną jokios reakcijos. Tokiais atsitikimais neišmanydami maną, kad jie gavę imunitetą, tuo tarpu toks stovis nieko bendro su imunitetu neturįs ir tik kenkiąs pacijentui.

Odos tuberkulidų polimorfizmas ir odos tuberkuliozės lengvas pagijimas nurodąs į ypatingą odos imunitetą. Oda išdirbanti antikūnų labai gausiai, be to, labai įvairių.

Kovoje su džiova svarbiausia esą pakelti organizmo atsparumas. Pirmą vietą čia užimančios higieniškai - dijetinės priemonės. Svarbu patiekti organizmui geros kokybės ir pakankamo kiekio maisto. Ypač svarbu duoti organizmui pakankamai įvairios baltyminės medžiagos, nes iš jos organizmas tveriąs antikūnų.

Medicina turinti dar gerą priemonę organizmo imuniteto veiksniams sustiprinti, tai esąs gydymas tuberkulinu, kurį Sahli labai ir pataria.

IV.

Trečiasis pranešimas buvo Stockholmo profesoriaus Forssner'io tema: „*Ryšys tarp tuberkuliozės ir neštumo stovio*".

Neštumo įtakos tuberkuliozei klausimas ir neštumo nutraukimo del tuberkuliozės klausimas esą seni ir vis tebediskutuojami. Dauduma tyrinėtojų apskritai pripažistą, kad neštumas veikiąs tuberkuliozę blogai, todel, jų manymu, moterų džiovininkių neštumas reikią savo laiku nutraukti dirbtiniu būdu.

Pranešėjas, remdamasis statistikos daviniais, kurie apimą tūkstantį su viršum džiovininkių neštumo atsitikimų, kurie buvę observuoti kelių metų bėgyje, daro išvadą, kad neštumas daugumoje atsitikimų tuberkuliozės atžvilgiu neduodąs tokių komplikacijų, kurios verstų neštumą nutraukti. Jei tenką nutraukti graviditas, tai tas turį būti daroma tiktai labai rimtai apsvarsčius, atsitikimais visai išimtinais, bet ir tai dažniausiai pakanką tokioms moterims pavartoti energingas sanatorinis gydymas.

Dr. Rist'as (Paryžius) labai bijąs tuberkuliozinių ligonių, pradedant nuo nėštumo pradžios ir pirmaisiais nėštumo mėnesiais. Pas tas moteris, kurios patį nėštumą pernešdavusios visai gerai, kartais po gimdymų galima būdavę pastebėti pablogėjimų. Užtat Rist'as labai pataria tuberkulioze sergančioms moterims daryti ankstyvą dirbtinį pneumotoraksą, kad tuo būdu prirengtume tokią moterį prie galimų ligos pablogėjimų.

Dr. Dieudonné (Cambo) ir dr. Kuss'as (Paryžius) nurodo, kad tuberkulioze sergančių nėščių moterų prognozė pareinanti nuo aplinkos. Pavyzdžiui, Paryžiaus apystovose nėštumo įtaka tiek esanti bloga, kad nuo ligos pablogėjimų kartais galįs tiktai abortas apsaugoti.

Prof. Staehlin'as (Basel) esąs tos nuomonės, kad gydytojui tenką favorizuoti ne tiek gimdymų dauginimą, kiek rūpintis gyvybe ir sveikata to asmens, kuris gydytojui patiki gydymą, todel Staehlin'as esąs greitesnio įsimaišymo šalininkas.

Prof. Carpi (Milan) palaiko pareikštas mintis ir manąs, kad racionalus nėščių moterų gydymas duodąs gerų rezultatų. Dirbtinis pneumotoraksas, surištas su sanatoriniu režimu nėštumo metu ir po jo, galįs išgelbėti labai didelį ligonių skaičių.

Dr. Dumarest'as (Prancūzija) esąs vienas pirmųjų nurodęs, kad esanti didelė klaida nėštumo stovį visuomet laikyti blogai veikančiu tuberkuliozę. Prognozės atžvilgiu reikią žinoti, su kokia plaučių ligos anatomiškai - kliniškąja forma turime reikalo. Jei ši forma esanti febrilinė ar ulcerozinė, galima laukti del nėštumo rimtų komplikacijų, jei ši forma fibrozinė ar torpidinė, tai prognozė esanti visai gera.

Dr. Debré (Paryžius) nurodo, kad gimusieji iš tuberkuliozinių motinų vaikai, tuojau nuo jų atimti, išlieką beveik visi sveiki.

Prof. Maragliano (Genua) taip gi privengiąs nėščių džiovininkių. Jis taipgi matąs didelį reikalą daryti dirbtinį pneumotoraksą ir energingai gydyti, kad nėštumas galėtų vystytis kaip reikia, neduodamas plaučių ligos sunkių pablogėjimų. Kas del kūdikių, gimusių iš tuberkuliozinių motinų, tai jie daugumoje visai sveiki ir nėsą jie daugiau palinkę prie džiovos, negu kiti kūdikiai, tik reikią juos tuojau atimti nuo motinų ir patalpinti į geras higienos atžvilgiu sąlygas.

Prof. Léon Bernard'as (Paryžius), remdamasis savo ilgu klinišku patyrimu, karštai remia prof. Forssner'io daromas jo pranešime praktiškas išvadas. Anot jo, nėštumas džiovininkėms jokio pavojaus nesudarąs ir jis visai į džiovą neveikiąs. Kas kita esą gimdymai ir pasitaisymo nuo gimdymų laikas. Šie momentai džiovininkėms esą pavojingesni, šiuo laiku kartais tenką observuoti džiovos pablogėjimų, ypatingai kada ligonė turinti aktyvią atvirą džiovos formą; džiovininkės su fibrozine ar gerybine tuberkuliozės forma reiškinių pablogėjimo paprastai neturį. Pas džiovininkes, kurios turi aktyvų, atvirą procesą, plaučių ligos prognozė ir šiaip esanti bloga, aborto dirbimas pas tokias ne ką galįs pagerinti; šitokiais atsitikimais reikią tiktai imtis priemonių gelbėti kūdikį, kuris paprastai paliekąs sveikas. Pas džiovininkes, kurios turi fibrozinį ar gerybinį procesą, viskas praeinąs gerai.

Prof. Bezançon'as (Paryžius), sutikdamas bendrai su pareikštomis anksčiau kalbėjusio nuomonėmis, vis tik prašo lengvai nepraleisti to neabejotino pavojaus, kuris gresiąs plaučiais sergančioms moterims del neštumo ir gimdymo. Reikėtų, kiek galima, tokioms džiovininkėms drausti tekėti ir tapti neščiomis, bet jei tas atsitinka, tai kaip neštumo nutraukimas, taip lygiai ir neštumas ir gimdymas laiku vis lygu duodą blogų vaisių.

Prof. Courmont'as (Lyon) nurodo, kad neščių moterų kraujo tyrimo rezultatais galima pasinaudoti prognozės tikslams. Stipri sero - aglutinacija paprastai leidžianti manyti, kad neštumas vistysęsis ir praeisęs nepakenkęs.

Dr. Hulliger'is (Neuchatel) sako, kad lengvais arba tik įtartinais džiovos atsitikimais neštumas labai lengvai pakeliamas. Sunkiais džiovos atsitikimais jis darąs pirmųjų trijų neštumo mėnesių metu abortą. Jis taipogi randąs, kad geriausia būtų, jei džiovininkėms uždraustume tapti nešciomis.

Dar daugelis kitų Konferencijos narių taipgi dalyvauja šiose labai įdomiose diskusijose. Vieni jų remia tą ar kitą jau pareikštą nuomonę, atsižvelgiant į savo patyrimą šioje srityje ir surinktus davinius, antri jų nušviečia jų atstovaujamųjų kraštų terapininkų ir akušerių nuomones sukeltais klausimais.

Išklausius visus diskusijose dalyvavusius, susidaro nuomonė, kad moterei džiovininkei neštumo stovis nėra pageidaujamas. Neštumo nutraukimas džiovininkėms yra priemonė pavojinga. Gerybinės tuberkuliozės atsitikimais blogybių nuo tuberkuliozes netenka laukti. Jei gimdymas įvyko savo laiku, penėjimas krutimi turi būti uždraustas. Susilaikymas nuo operacinio įsimaišymo į neštumo eigą, išskyrus neskaitlingas išimtis, visai yra pateisinamas tomis kūdikių skaitlingomis gyvybėmis, kurias galima išgelbėti, ir tuo. kad sergančiai moterei užtikrinama geras sanatorinis ar operacinis (pneumotoroksas) gydymas.

V.

Ketvirtąjį pranešimą darė Paryžiaus profes. Léon Bernard'as tema: „*Vaikų tuberkuliozės profilaktika*". Šis svarbus klausimas turįs sudaryti vieną liaudies auklėjimo knygos skyrių.

Esą įrodyta, kad mūsų organizmas gaunąs tuberkuliozės bacilų dar kūdikystėje ir jos sukeliančios latentinių sužalojimų, apie kurių lokalizaciją dažnai galima kalbėti tiktai vėliau. Suaugusiųjų tuberkuliozė esanti dažnai ne kas kita, kaip tik išsijudinimas tokio proceso, kuris turįs savo pradžią kūdikystėje.

Tuberkuliozė nepaveldėjama. Kūdikis, kilęs iš džiovininkų, retai kada apreiškiąs iškrypimų iš normalaus susiformavimo. Organiško palinkimo (predispozicijos) prie džiovos taipgi nėsą. Jei kūdikis greit užsikrečia tuberkulioze, tai reiškią, kad aplink jį arti buvę bacilų.

Užsikrečia kūdikis pirmiausia per motinos pieną. Karvės pienas dažniausiai būnąs virintas ir jo bacilos nėsančios tiek agresyvios, kaip žmogaus. Organizmui beaugant, vis daugiau ir daugiau randąsi pavojaus susidurti su užkrečiamaisiais šaltiniais. Šaltiniai būną gausūs ir pripuolami. Užsikrėtimas retai įvykstąs per vieną kartą, dažniausiai jis pareinąs nuo kontakto gausumo. Nuo antkryčio įvairumo pareinąs infekcijos įvairus laipsnis: lengvoji tuberkuliozė, turinti palinkimo gyti, latentinė tuberkuliozė, mirtingoji tuberkuliozė.

Toliau Bernard'as pasakoja apie prancūzų Grancher'o namus ir apie kūdikių talpinimą šeimose, kur žymiai mažiau kainuoją, negu sanitarinėse įstaigose. Grancher'o namai talpinę 20 metų bėgyje 2 500 kūdikių, kurių tarpe buvę tiktai 7 džiovos atsitikimai ir tai ne visi mirtingi. Rezultatų gauta tokių gerų, kad skatina šiuos namus vystyti.

Kūdikių talpinimas šeimose reikalaująs tam tikrų specialių sąlygų. Tenką globoti kūdikiai, kurie atskirti nuo motinų. Sudaromas auginimo centras (centre d'élevage) tuo būdu, kad 40 ūkininkų šeimų susigrupuoją apie vieną dispenserą su prieglauda, ligonine ir t. t. Kas 15 dienų visi kūdikiai apžiūrimi gydytojo. Augintojoms duodama įvairių patarimų apie penėjimą, atsižvelgiant į kūdikio amžių bei jo sveikatą. Duodama nurodymų apie profilaksijos formas, apie būdus, kaip surasti, ar kūdikis yra inkubacijos perijode ar ne ir t. t.

Jei kūdikis jau buvo motinos ar tėvo užkrėstas, tai atskirtas nuo jų beveik visuomet mirštąs per mėnesį nuo atskirimo. Jei užkrėsti kūdikiai šį laiką pergyveną, tai turį labai daug šansų pasitaisyti.

Del šios priežasties Bernard'as pripažįstąs reikalo organizuoti observacijos lopšelius. Jis priimąs į juos taipgi ir tėvus, bet užginąs jiems įeiti prie kūdikio. Abejotinais atsitikimais motinos savo kūdikius peni krūtimis, kol paaiškėja diagnozė.

Šių įvairių sistemų kūdikiams globoti vaisiai tiek geri, kad kūdikių mirtingumas esąs nukritęs iki 6 arba 3%, žiūrint sąlygų.

Akyvaizdoje tokių gerų rezultatų iškeliami argumentai moralaus pobūdžio prieš kūdikių atskyrimą nuo motinų neturį reikšmės.

Talpinant kūdikius šeimose, išlaidų daug daryti netenką. Prancūzijoje tokiais atsitikimais diena apsieinanti 6,5 frankus. Kūdikių globojimo centrų organizavimas, tiesa, turįs labai didelių sunkenybių, nes nelengvas darbas esąs surasti tinkama vieta ir reikalingas skaičius šeimų.

Kitos pažymėtinos profilaktikos formos esančios; „pouponnières“, preventorijos (Prancūzijos preventorijose vietų esą apie 5.000), mokyklų higiena, gryno oro mokyklos, mokinių mediciniška priežiūra ir t. t.

Pagaliau, Bernard'as nurodo į specifiškos profilaktikos galimybes, įvedant vakciną dar prieš užsikrėtimą, tai yra, per kelias dienas po gimimo. Čia kalba Bernard'as apie naują Calmette'o išradimą, kuris turįs profilaktikos atžvilgiu didelę ateitį. Tenką tik gailėtis, kad del Calmette'o išradimo pritaikymo vaisių negalima pasisakyti, nes per trumpas laikas nuo išradimo to daryti neleidžiąs. Šis klausimas dar tebestudijuojamas.

VI.

Penktasis ir paskutinis pranešimas buvo Edimbourgo profesoriaus Roberto Philip'o tema: *„Organizacijos kovai su tuberkulioze veikimas mirtingumo sumažėjimui“*. Įdomu buvo girdėti didelio žinovo šioje srityje labai objektingų išrodymų šiuo klausimu. Įvairių kraštų jau trisdešimts metų kaip eikvojama didelės sumos antituberkulioziniam judėjimui palaikyti. Ar šios sumos nenueiną niekais? Ar jos turinčios pateisinimą gautuose kovoje su tuberkulioze rezultatuose? Jei gautieji rezultatai galį visai pateisinti išleistas šiam tikslui sumas, tai ar nevertą ši kova su tokiu baisiu priešu dar daugiau, dar karščiau remti?

Pranešėjo atsakymai į pastatytus klausimui visus džiugino. Jis, remdamasis statistikos daviniais, nurodo anglosaksų kraštuose žymų mirtingumo nuo tuberkuliozės sumažėjimą. Ypatingai ryškiai tas sumažėjimas metąsis į akis šio amžiaus pradžioje, kada prasidėjo ir tarptautiniai ir tautiniai kongresai kovai su tuberkulioze, kada pradėta steigti dispenserų ir sanatorijų. Šiuo laiku taipgi ir statistikos žinių rinkimas taip gerai jau suorganizuotas, jog dabar galima jau gana tiksli susirgimo bei mirimo kreipoji nubrėžti. Neturėdamas galimybės čia patiekti pranešėjo smulkių išdėstymų skaitmenimis, pasitenkinsiu bendra jo išvada: Anglijoje penkių dešimtų metų (1871—1921) bėgyje mirimų įvairiomis ligomis skaičius esąs sumažėjęs truputį mažiau negu puse, tuo tarpu mirimų tuberkulioze arba plaučių tuberkulioze skaičius esąs sumažejęs daugiau negu dviem trečdaliais.

Esą pažymėtina, kad mirtingumo mažėjimas esąs ypatingai ryškus paskutinių dešimties metų bėgyje, kas kaip tik sutampa su dispenserų ir sanatorijų vystymosi laiku.

Mirtingumo mažėjimas rodąs, kad šiandien plačiai vartojamos kovos su tuberkulioze metodės esančios tikros. Kovos rezultatai duodą vilties gauti dar didesnių laimėjimų. Pranešėjas kviečia prie visuotinio ginklavimosi prieš tuberkulioze ir prie kovos už pasaulio detuberkulizaciją.

Prof. Armand-Delille (Paryžius) praneša apie Grancher'o namų gautus rezultatus per 20 metų, iškeliant vaikus iš tuberkuliozės užkrėstos aplinkos į provinciją. Tuo metu kai 60—70% kūdikių savo šeimose turėję užsikrėsti tuberkulioze, iš tokių 2.500 vaikų, kurie buvę iškelti į provinciją, buvę užregisiruota tiktai 7 mirties del tuberkuliozės atsitikimai.

Dr. Knud Faber'is (Kopenhaga) nurodo į puikius rezultatus, kurių gauta jų krašte nuo to laiko, kai pradėjęs veikti jų 1890 m. įslatymas prieš tuberkuliozę. Pirmiau mirtingumas dėliai tuberkuliozės buvęs 30,3 iš 10.000 gyventojų, dabar mirtingumas esąs 9,5 iš 10.000.

Dr. Vaucher'is (Strasburgas) sako, kad Mosello, Haut-Rhin ir Bas-Rhin mirtingumas džiova 1884 m. buvęs 43 iš 10.000, dabar esąs 14 iš 10.000. Mirtingumo sumažėjimui turėjęs didelės įtakos socialis draudimas.

Dr. Winslow'as (Jungt. Valst.) randa, kad viena svarbesniųjų priežasčių, delko sumažėjęs mirtingumas džiova, esanti pieno pasteurizacija.

Dar ilga eilė kalbėtojų pasisako iškeltais prof. Philip'o klausimais. Vieni jų didžiuojasi gautais kovoje su tuberkulioze rezultatais ir džiaugiasi, kad mirtingumas nuo tuberkuliozės jų kraštuose žymiai sumažėjęs. Antri kreipia dėmesio ir į išorines priežastis, kurios turi įtakos žmogaus organizmui, pakeldamos žmogaus morales bei fizines pajėgas. Treti kviečia daugiausia rūpintis profilaktika, kiek galint ankstyvesniu išaiškinimu tuberkulioziniu židiniu ir tų vietų kontrole ir t. t. Kai kurie kalbėtojai del laiko stokos nebesuspėja pasisakyti.

Paskutinio posėdžio gale Konferencija vienu balsu priima tokią rezoliuciją:

„Tarptautinės Sąjungos kovai su tuberkulioze IV-oji Konferencija, išklausiusi prof. Roberto Philip'o pranešimą ir kitų kalbėtojų komunikatus, konstatuoja su dideliu pasitenkimu tuberkuliozės sumažėjimą visuose pasaulio kraštuose ir proklamuoja, kad sistemingas organizavimas antituberkuliozinės kovos yra viens svarbiausių veiksnių, kadangi tuose kraštuose, kur veikia jau tam tikrą metų skaičių prieštuberkuliozinės organizacijos, ten džiovos sumažėjimas yra didesnis.

Konferencija rekomenduoja įvairių tautų valdžioms ir visuomenei rūpintis mokslo reikalavimais paremta mirtingumo statistika ir atatinkamai būtinybėms, kurios seka iš panašios statistikos, pritaikinti tam tikru būdu šalies įstatymdavystę ir administraciją".

VII.

Jei man sekėsi trumpais žodžiais atvaizduoti šiame įdomiame Suvažiavime iškeltos mintys, tai jos ir buvo Suvažiavimo pati siela.

Suvažiavimo metu buvo dalyvių aplankyta eilė gydymo įstaigų Lozanoje. Po Suvažiavimo norinčiųjų buvo padaryta ekskursija po Šveicariją susipažinti su Šveicarijos sanatorijomis ir kitokios rūšies gydymo įstaigomis. Šveicarija svečius priimti moka labai gražiai, moka taipgi ir parodyti savo gamtos ir jų pačių triūsu sutvertas gražybes. Šveicarai moka ir savo svečių laiką paįvairinti.

Konferencija, be to, padarė keletą Tarptautinės Sąjungos kovai su tuberkulioze statuto pakeitimų.

Generalinis Sąjungos sekretorius pranešė, kad į Sąjungą įsirašė dar keturi nauji nariai, būtent, Brazilija, Kinai, Latvija ir Irlandija.

Sekama Tarptautinės Sąjungos kovai su tuberkulioze Konferencija numatyta 1926 m. spalių mėnesyje Vašingtone. Konferencijai aprinkta vieta Amerikoje todel, kad Amerika tuberkuliozės profilaktikos srityje yra padariusi labai didelę pažangą ir todel konferencijos dalyviai turės progos susipažinti vietoje su amerikiečių padarytu ir daromu šioje srityje darbu.

Čia aprašytoje Konferencijoje Lietuvos niekas nereprezantavo. Nors Konferencijoje iš Lietuvos buvo prof. Bagdonas, aš ir, kaip vėliau teko sužinoti, Dr. L. Kaganas, tačiau Lietuva, nebūdama Tarptautinės Sąjungos kovai su tuberkulioze nariu, negalėjo turėti Konferencijoje ir oficialaus nario. Prof. Bagdonas buvo personaliai, gi aš turėjau teisės dalyvauti, kaipo eksperimentiškų biologinių tyrinėjimų „trois semaines“ dalyvis.

Akyvaizdoje tų pastangų, pasisekimų ir laimėjimų kovoje su tuberkulioze, kuriais kitos tautos gali didžiuotis ir džiaugtis, mums tenka liūdėti prisiminus save. O gal ir ne? Nes mes, neturėdami gerai vedamos statistikos, nežinome, kiek miršta dabar nuo džiovos; neğalime pasakyti, ar dabar daugiau ar mažiau miršta, nes mes neturėjome žinių apie mūsų praeitį. Tik visi mes žinome, kad mūsų Lietuva įvairios rūšies džiovininkų turi labai daug. Kam teko ir tenka susidurti su ligoniais, visi vienu balsu tatai patvirtina. Vietoms ne atskiros šeimos, bet ištisi sodžiai serga džiova ir del jos išmiršta. Ši liga yra mūsų tautos didžiausia rykštė ir nelaimė. Mūsų įstatymdavystės srityje nėra pakol kas pakankamai žymių, kurios sakytų, kad mes socialėje draudimo ir kitose srityse stiprintume savo piliečių atsparumą šiai ligai. Profilaktika, higienos sąlygų pagerinimas — vis tai pas mus dar tokie klausimai, kuriais nesuspėta tinkamai pasirūpinti. Daug šioje srityje darbo numatoma, darbo, kuris negaišuojant reikia pradėti aktingai dirbti. Šiam darbui negali pakakti vien valdžios aparato jėgų. Čia reikalinga ir visuomenės iniciatyva, parama ir darbas. Sveikintinas yra žingsnys tų veikėjų, kurie yra jau sutvėrę Draugiją kovai su tuberkulioze. Gydytojai, kuriems kovos su tuberkulioze darbas yra jų pašaukimo ir priesaikos darbas, stos pirmieji į šį darbą ir įtrauks paskui save ir kitus. Ši Draugija turėtų įeiti į Tarptautinės Sąjungos narius, užmegzti ryšių su kitomis tautomis ir, pasinaudodama prieky šiuo atžvilgiu stovinčių tautų praktika ir patyrimu, galės spartesniais žingsniais žygiuoti kovoje už tautos detuberkulizaciją.

Prof. D-ras med. P. Avižonis.

Raudonojo Kryžiaus Ligoninės Akių Skyriaus 1923 m. apyskaita.

Raudonojo Kryžiaus Ligoninės Akių skyrius, įsteigtas 1920 m. IX. 1 d., tam tikra sutartimi su Medicinos Fakultetu nuo 1923 m. IX. 1. d. yra tapęs Universiteto akių klinika.

Stacionariame skyriuje 1923 metais buvo ligonių:

vyrų . . 112, gulėjusių klinikoje 2266 dienas;
moterų. .. 123 „ „ 2843 „
vaikų. . . 24 „ „ 458 „

Iš viso 259 ligoniai, gulėję klinikoje 5567 dienas.

Vidutiniai kiekvienas ligonis gulėjo 21,5 dienas ir vidutiniai kas dieną gulėjo klinikoje 15,3 ligonių. Dažnai atsitikdavo, kad Akių skyriuje, kuris telpa kartu su Ausų skyriumi, pritrūkdavo vietos ligoniams paguldyti ir daugelis jų, net būtinai reikalingų paguldymo ir operacijos (susižeidusių, aklų nuo kataraktos), del vietos stokos nebuvo klinikon priimti.

Ligonių paskirstymas sulig ligomis.

Ligos.	Buvo likę 1. I. 1923	Priimta.	Paleista.	Liko 1. I. 1924
Trachoma ir jos komplikacijos.	5	51	54	2
Blenorėja.	—	5	5	—
Kitokie konjunktivitai	—	3	3	—
Ragenos (korneos) susirgimai .	2	55	54	3
Odenos (skleros) susirgimai. .	—	3	3	—
Gyslainės (uveos) susirgimai. .	—	21	21	—
Glaukoma.	—	18	16	2
Lęšiuko ligos	1	46	45	2
Tinklainės (retinos) susirgimai.	—	5	5	—
Muskulų ligos	—	4	3	1
Vokų ligos	—	3	3	—
Ašarų organų ligos	—	4	4	—
Orbitos ligos.	—	2	2	—
Akies obuolio susirg.: a) trauma.	—	23	22	1
b) kitokios ligos. . . .	—	8	8	—
Iš viso.	8	251	248	11

Kaip matyti iš pridedamosios lentelės, žymi dalis gulėjusių klinikoje ligonių (būtent, 56 iš 259 arba 21.6$^{0}/_{0}$) buvo paguldyta del trachomos ir jos komplikacijų (keratitų, vokų įlinkimų etc.). Nemaža buvo trachomos ir tarpe ligonių, paguldytų su katarakta, trauma ir kitokiais susirgimais. Iš viso trachomotų ligonių konstatuota 90, — tai sudaro 34,7$^0/_0$ visų gulėjusių klinikoje ligonių.

Paminėsiu čia vieną atsitikimą ilustravimui, kiek vargo ir nelaimių pridaro žmonėms mūsų krašte trachoma. Keturvalakio valsčiaus ūkininkaitė Alytaitė, 21 metų, serganti trachoma iš mažų dienų ir taip pat jau senai gydantis. 1914 metais gydžiusis Tilžėje, kur jai padaryta abiejų akių operacija (tarsectomia palpebrae sup. oc. utr.). Po to jai įlinkę visi blakstienai į vidų. 1919 m. gydžiusis Vilniuje, kur jai daryta abiejų akių trichiazės operacija. Tačiau blakstienų įlinkimo nepašalinta. 1923 m. vasario 28 d. paguldyta klinikon. Status praesens: Kairiosios akies viršutinio voko kraštas įlinkęs į vidų, — blakstienai bružuoja akies obuolį. Ties dešiniosios akies viršutinio voko krašto viduriu visai nėra blakstienų, — voko kraštas su visais plaukais nupiautas, pasilikusieji gi voko kertelėse plaukiukai stovi įlinkę į vidų ir atsirėmę į akies obuolį. Kremzlių visai nėra ir vokai neturi nėkokios tvermės. Konjunktiva randuota, lygi. Abiejų akių ragenos ištisai drumžlinos (pannus totalis). Regėjimo aštrumas: dešiniąja akimi vos mato pirštus per $^1/_4$ metro, kairiąja gi akimi mato pirštus per 1 metrą nuo akių. — Po šešių savaičių gydymo, operaciniu būdu atlenkus vokų kraštus, ragenos pragiedrėjo ir, paleidžiant iš klinikos, regėjimo aštrumas dešiniosios akies buvo $^4/_{100}$, gi kairiosios — $^4/_{30}$. Padarius tatuažą dešiniosios akies viršutinio voko krašto, pasiekta gražaus kosmetinio rezultato, nes iš tolo žiūrint pasidarė nebežymu, kad vokas neturi plaukų. Praėjus su viršum metams, akys nėra pablogėję.

Su akių blenorėja gulėjo 5 ligoniai; naujagimių blenorėjos buvo 2 atsitikimai. Visais penkiais kartais ligoniai atvyko su abiejų akių blenorėja. 4 kartus blenorėja buvo komplikuota ragenų opomis. Vieną kartą buvo prakiurusi opa ir didelis prolapsus iridis, kurį nukirpus ir ant ragenos opos užsiuvus konjunktivos skiautę gauta gero rezultato. Kiek mūsų žmonės yra nepaslankūs gydytis net tokią sunkią ir pavojingą ligą, kokia yra akių blanorėja, parodo šitoks atsitikimas. Viena mergaitė nuo Skaudvilės, pasijutusi nesveika, dar tris dienas dirbusi lauke, bet kai abi akys suputę ir kai ji pro pūlius nebegalėjusi matyti, nuvykusi pas kokį felčerį „šeptūną“, kuris davęs vaistų — mažų grūdelių gerti nuo išgąsčio. Tik po savaitės, kai nuo pasidariusių ragenose opų atsiradusi didelė akių gėla, pasiryžusi važiuoti Kaunan.

Keratitis parenchymatosa buvo 7 atsitikimai (1 berniukas 8 metų ir 6 mergaitės 15—19 metų amžiaus). Jų tik vienas turėjo negatyvią Wassermann'o reakciją, kiti gi šeši pozityvią.

Iš kitų gulėjusių klinikoje ligonių paminėtini yra keli retesni atsitikimai:

1) N. Chait, 61 m., iš Kavarsko. 10 metų atgal sirgęs labai sunkia veido neuralgija. Ligos įveiktas nuvykęs Berlinan, kur jam po įvairių nieko negelbėjusių bandymų galų gale buvę padaryta kokia injekcija giliai į veidą (alkoholio injekcija į Ganglion Gasseri?). Po to jis buvęs demonstruotas Berlino gydytojų susirinkime. Nuo injekcijos skausmų nebelikę, tik dešinioji pusė veido pasidariusi kaip apmirusi. Paskiau dešinioji akis dažnai parausdavusi, bet jąja vis gerai matydavęs. Mėnuo atgal akis pasidariusi labai raudona ir aptemusi. Skausmo nejautęs.

Status praesens: visas dešinysis nervus trigeminus (ir sensorinė ir motorinė jo dalis) paralyžuotas. Nei prisilietimo, nei dūrimo nejaučia nei veido odoje, nei akyje. Vokai, konjunktiva, ragena visai anestetiški. Žandas persisukęs, sunku išsižioti; kramtyti gali. Dešinioji akis labai raudona (ciliarinė injekcija). Ties ragenos centru plačiai apskritas padrumžlėjimas baltos kaip pienas spalvos nuo intensyvios infiltracijos. Ties tuo infiltratu epitelis nusinėręs. Ragenos pakraščiai vaskularizuoti; kraujagyslės siekia infiltrato kraštą. Pro apatinį vaskularizuotąjį ragenos kraštą kameroje matyti pūlių (hypopyon). Diagnozė — keratitis neuroparalytica. Tolimesnėje ligos eigoje, po 4 savaičių opa sugijo, tik pasiliko įdubęs randas, užimąs ko ne visą rageną (leucoma fere totale). Akis apako.

Nesistengdamas pritaikyti šiam atsitikimui kurios nors teorijos, o teorijų neuroparalitiniam keratitui išaiškinti yra pasiūlyta ne viena (grynai trofinė teorija, trofo-traumatinė, vazomotorinė, vazomotoro-traumatinė, grynai traumatinė, kserotinė, mykotinė, ir irritacinė), pažymėsiu tik nepaprastai ilgą tarpą, būtent, 10 metų tarpą, kuris tęsėsi nuo trigemino anestezijos pradžios, kol išsivystė keratitis neuroparalytica.

2) Meškauskas, 12 m., Raseinių gimnazijos mokinys, pirmą kartą kreipėsi į mane sausio 28 d. su šitokia anamneze: 12 dienų atgal, mokykloje besiaučiant, kitas mokinys pagaliu pataikęs stačiai į kairiąją akį. Nuo to akis vis yra kiek paraudusi, bijanti šviesos ir ašarojanti.

Status praesens: Kairiosios akies vidutinė ciliarinė injekcija. Medialėje akies obuolio pusėje per 2 mm. nuo korneos krašto matyti nedidelė skleros žaizdelė, truputį prasiskėtusi; tarp jos kraštų matyti kažkoks įstrigęs juodumėlis. Vyziukas pailgas, pasuktas medialėn pusėn. Akies gilumoje ir dugne nieko patologinio nematyti. Visus = $^4/_6$. Dešinioji akis normali; visus = $^4/_4$. — Ligonis paleistas namon su atropino ir dionino lašais.

Kovo 13 d. ligonis vėl sugrįžo ir papasakojo, kad akis buvusi pasidariusi kaip ir sveika, mokytis nebekliudžiusi, tik savaitė atgal vėl paraudusi ir vėl ėmusi šviesos kiek bijoti ir ašaroti. Rasta akies obuolys paraudęs. Medialėje akies obuolio pusėje yra konjunktivos randas, siekiąs ragenos kraštą. Rando gale pagal limbą matyti įstrigusio balsgano rakščio galas. Rainelė hiperemiška. Vyziukas skersai pailgas, patrauktas į medialę pusę. Gilumoje atmainų nėra. Visus = $^4/_6$.

Ligonis buvo patalpintas klinikon. Etero narkozėje, įpiovus sklerą, pincetu buvo ištrauktas medinis rakštys 2 milim. ilgio, vienu galu buvęs pryšakinėje kameroje įsismeigęs į rainelės pašaknę. Ketvirtą dieną po operacijos ligonis buvo paleistas namon su nurimusia ir pabalusia akimi. Rakštys išbuvo akyje lygiai du mėnesiu.

3) Nakaitė, 22 m., Rokiškio valsč., nuo mažens žemų akių. 5 metai akys nesveikos, vis ašarojančios. Visų keturių vokų blakstienai pakrikę, dalis jų įlinkusi į vidų ir trina obuolius. Kairiosios akies apatinio voko eversio puncti lacrimalis. Konjunktiva randuota, nelygi; tarp randų yra stambių trachomos follikulų. Abiejų akių obuoliai apatinėje pusėje paplokšti, medialiame kampe beveik simetriškai kuproti (staphyloma sclerae). Abi ragenos žymiai mažesnės (microcornea); jų viršutinė pakraštė vaskularizuota (pannus trachomatosus). Kairiosios ragenos apatinėje pusėje yra infiltratas; akis paraudusi nuo nedidelės ciliarinės injekcijos. Abiejų rainelių apatinėje pusėje yra coloboma iridis congenitum. Akių gilumoje nieko ypatinga, tik abiejų akių dugne oftalmoskopuojant matyti apatinėje periferijoje didelė coloboma chorioideae, siekianti ir spenelių sritį. Skiaskopuojant abiejų akių refrakcija randama maišyta: ties coloboma — myopia, o ties kitomis dugno vietomis — hypermetropia. Javal rodo irregularį astigmatizmą. Akių spaudimas normalus. Visus ou = $^4/_{30}$. Matomasis laukas viršutinėje pusėje simetriškai susiaurėjęs atatinkamai gyslainės kolobomoms. Stiklai regėjimo negerina.

Ligonė atvyko del trachomos komplikacijų. Klinikai gi ji buvo įdomi savo prigimtomis akių anomalijomis.

* * *

Akių *poliklinikoje* 1923 metais priimta 637 vyrai, 1024 moterys ir 392 vaikai, iš viso 2053 ligoniai, kurie apsilankė per metus 12.150 kartų. Skaitant tik šiokias dienas, vidutiniai kasdien atsilankydavo akių poliklinikoje 40,9 ligonių

Poliklinikos ligonių tarpe įvairių stadijų trachoma rasta 533 kartus, — tai sudaro 26% visų ligonių (vyrų 20,7%, moterų 30,8%, vaikų 21,9%).

Iš retesnių poliklinikos atsitikimų tenka paminėti visų pirma ašarų kanaliuko abscesas. Franckevičaitė, 27 m., iš Aukštadvario. 4 mėnesiai atgal pradėjęs kažinkas augti kairiosios akies viršutinio voko medialiame kampe. Manyta, kad tai būsiąs miežys. 2 savaiti kaip pratrūkę ir vis pūliuoją. Status praesens: Medialiame kairiosios akies kampe paraudimas ir patinimas. Ties viršutinio voko kraštu, medialiai nuo punctum lacrimale, yra prakiurimas, pro kurį varva pūliai. Paspaudus akies kampą, išsispaudžia tirštų gelsvų pūlių tiek pro minėtąjį prakiurimą, tiek pro viršutinio voko punctum lacrimale. Pagal šio pastarojo kraštą yra išaugęs granulacijų polypas 2 mm. ilgio ir 1 mm. storio.

Lokalėje anestezijoje nukirpta polypas ir išskaptuota pro minėtąjį prakiurimą abscesas. Išsivalė, be pūlių ir granulacijų, dar žirnio didumo konkrementas, susidedąs iš žalsvos masės sūrio konsistencijos ir išvaizdos. Toji masė, bakteriologiškai tiriant (Higienos Institute), pasirodė esant sterile. Jos chemiškoji sudėtis nebuvo ištirta. — Ligonė pasilikti negalėjo, parvažiavusi namon nebegrįžo. Reikia manyti, kad sugijo.

Antras įdomus atsitikimas buvo su krislu lęšiuke (Corpus alienum lentis). Tarvainis, 21 m., iš Navarėnų. Visada buvęs sveikas. 1922 m. vasarą, tarnaujant kariuomenėje, savaime ėmę gelti dešiniąją akį ir Karo Ligoninėje ta akis buvusi išimta. Atėjo pasirodyti susirūpinęs, kad nepasigadintų antroji akis, nes pastaruoju laiku ją ėmę griaužti.

Status praesens: Abiejų akių konjunktiva paraudusi, pastorėjusi, turi šviežios trachomos folikulų. Od — anophthalmus. Os: medialiame ragenos kvadrante yra kertuota dėmė (macula corneae). Kameroje ir rainelėje nieko ypatinga. Lęšiuke, būtent užpakalinėje jos žievėje matyti keturkampis plokščias krislas, savo briaunomis pasisukęs sagitaliai, o plokštumomis į medialę ir lateralę šalis. Aplinkui krislą lęšiukas skaidrus; stiklakūnyje ir dugne nieko ypatinga. Visus = $^4/_6$; su + 2,0 D. tiek pat. Atropinizavus akį pastebėta, kad rainelei medialiame vyzio krašte trūksta pigmento, ir lęšiuko kapsuloje ties ragenos dėme yra baltas padrumžlėjimas (cataracta capsularis) trikampio pavidalo. Tos kataraktos iš karto nebuvo matyti, nes ji buvo rainelės pridengta. Tarp jos ir tarp krislo lęšiukas yra skaidrus. Ėmus teirautis, be nebuvo ligonis kuo savo akies užsigavęs arba ar nebuvo kas į akį įkritę, ligonis griežtai pareiškė nieko nežinąs. Tik po trijų mėnesių, ligoniui vėl sugrįžus, ir vėl ėmus jo klausinėti, ar nedirbęs jis ko nors su sprogstama medžiaga, ligonis prisiminė, kad 1921 m. rudenį, tai yra su viršum pusantrų metų atgal, jam šaunant iš namų darbo medinio šautuvo, sprogęs parakas ir pritėškęs akis. Po to tris savaites akys buvusios paraudę ir bijojusios šviesos, paskui vėl buvusios sveikos. Pirmąjį kartą apie šį įvykį todel neprisiminęs, kad jis jam nėkokios reikšmės nepridavęs. Matyti, tuokart krislas pramušė jam rageną, pagal prasiskėtusio vyziuko kraštą pradaužė lęšiuko kapsulą ir įstrigo užpakalinėje lęšiuko žievėje. Kataraktos nepasidarė todel, kad, vyziukui susitraukus, rainelė uždengė kapsulos žaizdą ir neleido kameros vandeniui įsisiurbti į lęšiuką. Kapsulos žaizda užgijo, tik pasiliko jos padrumžlėjimas, gi lęšiuko audinio padrumžlėjimas, kuris be abejonės buvo krislo take, ilgainiui pragiedrėjo. Reikia manyti, kad krislas yra iš medžiagos, nepasiduodančios oksidacijai, o tokie krislai, įstrigę lęšiuke, paprastai esti akies gerai toleruojami. Gali būti, kad kitoje akyje taip pat buvo koks krislas, tik opesnėje vietoje, ir sužadino plastinį iridociklitą, del kurio ir buvo ligoniui padaryta enukleacija.

* * *

Ambulatorinių ir stacionarinių ligonių tarpe neišgydymo abiejų akių aklumo buvo 51 atsitikimas (24 vyrai, 24 moterys ir 3 vaikai), kurių 12 (23.5$^0/_0$) apako nuo trachomos, 10 (19,6$^0/_0$) nuo glaukomos, 8 (15,7$^0/_0$) nuo keratitų, 5 (9.8$^0/_0$) nuo traumos (tame skaičiuje 3 žmonės apako nuo granatų kapsulių sprogimo). Prie traumatinių apakimų reiktų pridėti dar du atsitikimus apakimo nuo simpatinės oftalmijos. Vaikų apako vienas nuo naujagimių blenorėjos, vienas nuo keratomalacijos (iš Kauno „Lopšelio“) ir vienas nuo sprogusios kapsulės

Tenka pažymėti didelis skaičius apakimų nuo pigmentinio retinito, būtent 6 atsitikimai (11,8$^0/_0$), kurių 2 vyrai (1 žydas 57 m. amžiaus, apakęs 15 metų atgal, ir 1 lietuvis 50 m. amžiaus, apakęs 1 metai atgal) ir 4 moterys, visos keturios lietuvės. Šių pastarųjų dvi buvo vyresnės (40 ir 49 metų), tekėjusios, ir 2 mergaitės (abidvi seserys 18 ir 21 metų). Dviejuose atsitikimuose konstatuota pasikartojimas toje pačioje šeimynoje retinito atsitikimų, būtent, minėtosios dvi seserys nuo Mariampolės, kurių keturi kiti broliai ir seserys esą sveikom akim, ir viena moteris nuo Šakių, kurios dar du broliai ir viena sesuo turį panašią ligą; jos pačios dvejetas vaikų esą sveiki. Šituose atsitikimuose tėvai buvę vienas kitam svetimi, ne giminės.

* * *

Klinikos ir poliklinikos ligoniams buvo padaryta šių operacijų: Enucleatio bulbi 16, Evisceratio oculi 6, Extractio cataractae 44, Discisio cataractae 8, Discisio cataractae secundariae 4, Iridectomia glaucomatosa 12, Trepanatio Elliot 1, Iridectomia optica 26, Transfixio iridis 1, Ablatio prolapsus iridis 7, Plastica conjunctivalis corneae 5, Paracentesis corneae 14, Operatio Saemisch 3, Operatio staphylomatis corneae 2, Ablatio pterygii 11, Tatouage 19, Operatio strabismi 2, Blepharoplastica 3, Operatio entropii 86, Operatio ectropii 5, Canthoplastica 29, Operatio contra ptosim 2, Tarsorhaphia 1, Operatio Chalazion 17, Exstirpatio tumoris conjunctivae 4, Exstirpatio tumoris palpebrarum 1, Exstirpatio tumoris orbitae 2, Exstirpatio sacci lacrimalis 25, Exstirpatio glandulae lacrimalis 1, Sutura vulneris sclerae 1, Sutura vulneris palpebrae 1, Incisio phlegmonae palpebrarum et sacci lacrimalis 3, Operatio corporis alieni bulbi 2, Eliminatio corporis alieni corneae 22, Galvanocausis corneae 17, Electrolysis 3, Expressio folliculorum trachomatis 149. — Iš viso padaryta 554 opercijos, tame skaičiuje 47,7$^0/_0$ trachomai ir jos pasekmėms.

Iš Lietuvos Universiteto Medicinos Fakulteto.

I. FARMACIJOS KURSO PROGRAMA.

(L. Univ-to Medicinos Fak-to Tarybos patvirtinta).

Istorinis Farmacijos išsivystimas ir šių dienų Farmacijos uždaviniai. Farmacijos mokslo paskirstymas: Farmacinė Chemija, Farmacinė Technika (Propedeutika).

1. Farmacinė Chemija.

Apie kiekvieną iš žemiau paminėtų cheminių preparatų dėstoma: gaminimo būdai, cheminė sudėtis, terminologija ir sinonimai, fiziškosios ir chemiškosios savybės, identifikavimo reakcijos ir reakcijos įmaišoms, surogatams ir falsifikatams surasti, pagaliau, kokioje vaisto formoje preparatas būna vartojamas medicinoje.

Vanduo ir jo reikšmė vaistams gaminti. Aqua communis (fontana, pluvialis, fluviatilis). Aqua destillata. Svarbesnių mineralinių vandenų sudėtis; jų druskos. Dirbtinieji mineraliniai vandenys ir druskos. Jūrų vanduo ir druska.

Oxygenium (deguonis) ir jo modifikacijos; deguonis medicinos tikslams.

Sulfur. Preparatai: Sulfur depuratum, Sulfur praecipitatum. Kalio, natrio ir amonio sulfidai.

Sieros oksidai ir rūkštys: Ac. sulfurosum; Ac. sulfuricum anhydricum et hydratum, Ac. sulfuricum crudum et purum, Ac. sulfuricum concentratum et dilutum.

Chlorum. Aqua chlori. Ac. hydrochloricum: crudum et purum, concentratum et dilutum. — Bromum et Jodum; jų junginiai su vandeniliu (hydrogenium).

Acidum nitricum: crudum, purum, concentratum, dilutum, fumans. Aqua regia. Nitrogenium bioxydatum et oxydulatum.

Phosphorus; modifikacijos ir jų reikšmė medicinai. Junginiai su Hydrogenium'u ir halogenais. Fosforo oksidai ir oksirūkštės: Ac. phosphorosum, Ac. hypophosphorosum et Ac. phosphoricum (ortho-, pyro-, meta-).

Arsenum; jo junginiai su vandeniliu, su deguoniu ir su siera; nuodingumo reikšmė.

Stibium; jo junginiai su vandeniliu, su chloru, su deguoniu ir su siera; preparatai: Sulfur auratum antimonii, Stibium sulfuratum nigrum, Butyrum antimonii ir kiti.

Peroksidų grupė: Hydrogenium peroxydatum, Natrium superoxydatum, Magnesium - Perhydrol. Peroksidų druskos: persulfatai, perkarbonatai, perboratai.

Bismuthum; jo junginiai su deguoniu, chloru ir jodu. Bismuthum nitricum et subnitricum.

Borum; jo oksidas, hidroksidai ir druskos.

Carboneum. Jo preparatai: Carbo animalis, Carbo ligni etc. Junginiai: Carboneum oxydatum, Acidum carbonicum anhydricum et hydratum. Carboneum sulfuratum.

Silicio oksidas ir hidroksidai. Terra infusoria. Silikatai. Liquor Natrii silicici. Stiklas, jo rūšys, sudėtis ir reikšmė farmaciniams preparatams laikyti. Talcum. Bolus. Asbestum. Lapis Pumicis et Lapis Smiridis.

Stannum chloratum et St. bichloratum; reagens Bettendorfi. Stannum oxydatum et St. hydroxydatum.

Kalio, natrio, litio ir amonio, chloridai, bromidai ir jodidai.

Kalio, natrio, ir amonio hidroksidai. Ammonium liquidum, Spiritus Dzondii.

Alkalinių metalų svarbesniosios druskos su oksirūkštėmis. Kalium chloricum, K. jodicum et K. bijodicum. Natrium hyposulfurosum, N. sulfurosum et N. bisulfurosum. Kalium —, Natrium — et Ammonium sulfuricum. Kalium —, Natrium — et Ammonium nitricum. Kalium — et Natrium nitrosum. Kalium —, Natrium — et Ammonium phosphoricum. Natrium pyrophosphoricum. Kalium — et Natrium arsenicosum. Kalium — et Natrium arsenicicum. Natrium biboricum. Kalium carbonicum et K. bicarbonicum. Natrium carbonicum et Natrium bicarbonicum. Ammonium carbonicum. Lithium carbonicum.

Kalcio, bario, stroncio ir magnio chloridai, bromidai ir jodidai. Kalcio, bario ir magnio oksidai ir hidroksidai. Calcaria hypochlorosa; Aqua Javelle et Aq. Labarraque. Kalcio, bario ir stroncio sulfatai; Gypsum ustum.

Magnesia sulfurica cristallisata et sicca. Bario ir stroncio nitratai. Kalcio ir magnio fosfatai ir pirofosfatai.

Plumbum chloratum et Pl. jodatum. Lithargyrum. Minium. Plumbum superoxydatum. Plumbum sulfuricum, Pl. nitricum, Pl. carbonicum; Cerussa.

Zincum chloratum. Zincum jodatum cum Amylo. Zincum oxydatum, Z. carbonicum et Z. sulfuricum.

Ferrum metallicum (pulveratum) et F. reductum. Ferrum chloratum et F. sesquichloratum; preparatai: Oleum Martis, Tinctura Bestuschefi, Liquor Ferri oxychlorati. Ferrum bromatum et Ferr. jodatum; Sirupus Ferri jodati. Ferrum oxydatum et Ferr. hydroxydatum. Ferr. oxydulo-oxydatum, Ferr. oxydatum saccharatum. Liquor Ferri oxydati dialysati. Ferrum sulfuricum oxydulatum et Ferr. sulf. oxydatum. Sal Mohri et Alumen ferricum. Ferrum carbonicum, Ferrum carbonicum sacharatum et pilulae Blaudii. Ferrum phosphoricum oxydulatum et Ferr. phosph. oxydatum. Ferrum pyrophosphoricum ir jo dvilypės druskos. Ferrum sulfuratum.

Manganum superoxydatum et Mn. chloratum. Kalium manganicum et K. hypermanganicum. Zincum hypermanganicum.

Acidum chromicum. Kalium — et Natrium chromicum, Kalium — et Natrium bichromicum.

Aluminium oxydatum hydratum. Aluminium sulfuricum. Alumen crudum et Al. ustum.

Acidum — et Ammonium molybdaenicum; Acidum phosphomolybdaenicum. Acidum wolframicum et Ac. phospho-wolframicum. Uranoxydum nitricum.

Cuprum oxydulatum et C. oxydatum. Cuprum sulfuricum et C. nitricum. Cuprum aluminatum.

Hydrargyrum vivum ir jo preparatai. Hydrargyrum chloratum et Hg. bichloratum. Hydrargyrum praecipitatum album. Hydrargyrum jodatum et Hg. bijodatum. Hydrargyrum oxydulatum et Hg. oxydatum; jų preparatai. Hydrargyrum nitricum oxydulatum et Hydr. nitr. oxydatum. Hydrargyrum sulfuricum oxydatum. Cinnabaris.

Argentum metallicum: foliatum, colloidale. Argentum chloratum, Arg. bromatum. Arg. jodatum, Arg. oxydatum. Argentum nitricum ir jo preparatai.

Aurum chloratum. Platinum chloratum.

Oleum Petrae; iš jo gaunami produktai: Aether Petrolei, Benzinum, Paraffinum liquidum et Par. solidum, Vaselinum. Vasolimentum et Vasogenum.

Ichthyolum. Thiolum. Tumenolum. Thiolinum.

Aether chloratus, Aeth. bromatus, Aeth. jodatus. Chloroformium. Bromoformium. Jodoformium. Aethylenum — et Aethylidenum chloratum. Aether anaesteticus.

Alcohol methylicus. Alcohol aethylicus. Alkoholimetrija. Farmaciniai ir dietiniai preparatai iš alkoholio. Alkohol amylicus.

Glycerinum. Mannitum. Aether aethylicus, Aether pro narcosi.

Formaldehydum, jo preparatai ir derivatai: Formalinum, Paraformium, Urotropinum etc. Paraldehydum. Choralum hydratum. Chloralamidum. Butylchloralum hydratum.

Acetonum. Sulfonalum. Trionalum.

Acidum formicicum. Acidum aceticum ir preparatai. Deguto preparatai: Pix liquida, Oleum cadinum, Oleum fagi, Oleum betulae, Pix Lithantracis.

Acidi acetici druskos ir farmaciniai preparatai: Natrium —, Kalium —, Ammonium aceticum, Plumbum aceticum neutrale et Pl. ac. basicum, Aluminium aceticum, Ferrum aceticum, Cuprum aceticum. Acidum trichlor-aceticum.

Acidum valerianicum ir druskos: Bismuthum — et Zincum valerianicum.

Sapo domesticus, S. medicatus, S. oleaceus, S. kalinus ir preparatai. Mollinum.

Emplastrum Lithargyri ir preparatai.

Acidum oxalicum ir druskos. — Acidum lacticum ir druskos: Ferrum —, Calcium — et Zincum lacticum. — Acidum malicum et Extr. Ferri pomati. — Acidum tartaricum ir druskos: Kalium —, Natrium —, Natrio-Kalium —, Stibio-Kalium —, Ferro- Kalium tartaricum. — Acidum citricum; druskos ir preparatai.

Aether nitrosus. Amylium nitrosum. Nitroglycerinum. Ac. glycerino - phosphoricum ir druskos. Gliceridai. Fosfatidai. Lecitinai.

Trimethylaminum. Cholinum. Stovainum. Acidum kakodylicum ir druskos. Arrhenalum. Argentaminum. Piperazinum.

Acidum hydrocyanicum, preparatai ir druskos: Aqua Amygdalarum amar. Kalium —, Natrium — et Hydrargyrum cyanatum; Hydrargyrum oxycyanatum. Kalium ferro - et ferricyanatum. Kalium — et Ammonium rhodanatum. Oleum Sinapis aethereum.

Urethanum. Carbamidum. Veronalum. Luminalum. Bromuralum. Adalinum.

Cellulosa ir gaminiai: Gossypium, Charta alba et filtrata. Collodium. Amylum et Dextrinum. Saccharum album et Sacch. lactis. Glucosa et Fructosa.

Benzolum. Toluolum. Xylolum. Nitrobenzolum. Anilinum purum ir druskos. Antifebrinum. Exalginum. Atoxylum. Arsacetinum.

Fenolai. Acidum carbolicum ir preparatai. Acidum picrinicum. Amidophenolum. ir derivatai: Phenacetinum, Lactopheninum, Phenocollum, Citrophenum etc. Aseptolum. Sozojodolum ir druskos.

Krezolai ir jų preparatai. Thymolum. Aristolum. Europhenum.

Guajacolum et Kreosotum. Duotalum et Kreosotalum. Gvajakolio derivatai: Thiocolum, Benzosolum, Geosotum, Euguformium etc.

Adrenalinum. Resorcinum. Pyrogallolum.

Benzaldehydum. Vanillinum. Acidum benzoicum ir druskos. Saccharinum ir Kristallosa. Acidum salicylicum ir druskos. Ac. salicylici derivatai: Salolum, Methylium salicylicum, Aspirinum, Mesotanum, Diplosalum. Salophenum, Salitum etc. Acidum gallicum. Dermatolum. Acidum tannicum. Tannoformium. Tannigenum. Acidum cinnamylicum. Hetolum. Cumarinum.

Naphtalinum. Naphtolum alpha et Napht. beta. Abrastolum. Alumnolum.

Antrachinonum. Acidum chrysophanicum. Chrysarobinum. Antrarobinum. Emodinum.

Acidum rosolicum. Phenolphtaleinum. Jodeosinum.

Terpenai. Mentholum. Terpinum hydratum. Camphora ir derivatai: Camphora monobromata. Acidum camphoricum, Oxycamphora, Validolum. Borneolum.

Pyridinum et Piperydinum. Eucainum. Antipyrinum. Salipyrinum. Ferripyrinum. Pyramidonum. Chinolinum ir derivatai: Atophanum, Analgenum, Loretinum, Chinosolum, Orexinum etc.

Alkaloidai ir jų druskos. Coniinum. Nicotinum. Strychninum. Veratrinum. Aconitinum. Hydrastinum ir derivatai. Atropinum ir derivatai. Hyoscinum. Physostigminum. Pilocarpinum. Cocainum ir jo pavaduotojai: Alypinum, Novocainum, Nirvaninum, Anaesthesinum, Orthoformium, Tropacocainum, Morphinum ir jo derivatai: Apomorphinum, Heroinum, Dioninum, Peroninum. Codeinum. Pantoponum. Narkophinum. Papaverinum. Chininum ir derivatai: Euchininum, Aristochinum. Coffeinum, Theobrominum, Theophyllinum ir jų kompleksai: Coffeinum Natrio-salicylicum et Coff. Natrio-benzoicum, Diuretinum.

Gliukozidai. Amygdalinum. Arbutinum. Sinigrinum. Digitoxinum ir kiti.

Baltymai. Albuminum. Ferrum albuminatum. Ferratinum. Jodalbacidum. Tannalbinum. Caseinum. Argoninum. Protargolum. Haemoglobinum. Haemogallolum. Haemolum. Sanguinalum etc.

2. Farmacinė Technika.

Sudėtiniai farmaciniai preparatai (Galeno preparatai). Formulae officinales et Formulae magistrales. Farmakopėji, jos uždavinys ir reikšmė. Farmacinių operacijų prasmė ir taisyklės joms atlikti: destillatio, sublimatio, extractio, percolatio, filtratio, solutio, praecipitatio, praeparatio, edulcaratio, concisio, contusio, contritio, limatio, levigatio, puverisatio, cribratio, alcoholisatio, maceratio, digestio, evaporatio, exsicatio, cristallisatio, saturatio, dialysatio, sterilisatio.

Įvairumas vaistų formų ad usum internum et ad usum externum; jų pavadinimai, reikšmė ir taisyklingas prirengimas, kaip antai: infusum, decoctum, mixtura, guttae, tinctura (aquosa, spirituosa, aetherea), extractum (siccum, spissum, molle), extractum fluidum, emulsio vera et spuria, aquae aromaticae, elixiria, sirupus, electuarium, eleosaccharum, pulvis simplex et compositus, pilulae, tabulettae, trochisci, pastilli, linimentum, unguentum, emplastrum, collemplastrum, ceratum, suppositorium, globulus, species, injectio etc.

Nesutaikomi bei pavojingi mišiniuose ingredijentai.

Medicinos Statuto dėsniai vaistinei tvarkyti, vaistams laikyti ir jies išduoti. Preparatų „A“ ir preparatų „B“ sąrašai. Maksimalės dozės, leistinas ir neleistinas jų perviršijimas. Nuodų registravimas. Receptų reikšmė ir jų registravimas. Signatūros ir jos spalvos reikšmė vaistams ad usum internum, externum ir pro injectione; be to, reikalingi ant vaisto pažymėjimai.

Etikos dėsniai vaistus gaminant bei išduodant.

Kaunas, 1924 m. Kovo 30 d.

Parašas: (Ordin. Profesorius P. Raudonikis).

II. FARMAKOGNOZIJOS KURSO PROGRAMA.

(L. Univ-to Medicinos Fak-to Tarybos patvirtinta).

Istoriniai Farmakognozijos etapai. Farmakognozijos moksliški tikslai ir praktiški uždaviniai. Farmakognozinė medžiaga: 1) iš augalijos, 2) iš gyvulijos.

Žemiau išvardintas farmakognozines medžiagas dėstant liečiama klausimas apie farmakognozinės medžiagos kilmę, rūšis, kultivavimą, apie užimamą gamtos mokslų sistematikoje vietą, apie makroskopiškąją bei mikroskopiškąją struktūrą, apie chemiškai individualuotas sudėtines substancijas, ypač svarbias farmakologinio veikimo atžvilgiu, apie mikroskopiškai-anatomiškuosius medžiagos elementus, turinčius reikšmės farmakognozinei medžiagai identifikuoti ir surogatų įmaišoms surasti, apie kokybinio ir kiekybinio farmakognozinės medžiagos įvertinimo davinius, apie gaunamus iš farmakognozinės medžiagos preparatus.

Secale cornutum. Carrageen. Agaras. Kefiras. Agaricus albus. Lacca musci. Lichen Islandicus.

Rhizoma Filicis. Sporae Lycopodii. Fructus Juniperi. Summitates Sabinae. Rhizoma Graminis. Semen Arecae. Rhizoma Calami. Semen Sabadillae. Semen Colchici. Rhizoma Veratri. Bulbus Scillae. H-ba et Flores Convallariae. Radix Sarsaparillae. Rhizoma Iridis. Crocus.

Rhizoma Curcumae; Rhiz. Zedoariae; Rhiz. Galangae; Rhiz. Zingiberis. Fructus Cardamomi. Tubera Salep. Fructus Vanillae. Cubeba. Piper nigrum et album. Folia Juglandis. Cortex Quercus et Semen Quercus tostum. Gallae Turticae. Strobuli Lupuli et Glandulae ejus. Fructus Cannabis. H-ba Cannabis Indicae.

Lignum Santali album. Lignum Muirae Puamae. Radix Serpentariae Virg. Rhizoma Rhei. H-ba Chenopodii ambras. H-ba Herniariae. Radix Saponariae.

Tubera Aconiti. H-ba Adonidis vernalis. Rhizoma Hydrastis. Rhizoma Podophylli. Radix Colombo. Fructus Anisi stellati. Semen Myristicae et Macis. Cortex Cinnamomi Cassiae et Ceylan. Lignum Sassafras. Fructus et Folia Lauri. Cortex Coto. Fructus et Semen Papaveris. Opium. Flores Rhoeados. H-ba Chelidonii et H-ba Fumariae.

Semen Sinapis. Semen Erucae. H-ba Bursae pastoris. Styrax liquidus. Cortex et Folia Hamamelidis. Cortex Quillajae. Semen Cydoniae. Rhizoma Tormentillae. Fructus Rubi Idaei. Flores Koso. Flores Rosae. Amygdalus dulcis et amarus.

Balsamum Copaivae. Balsamum Tolutanum. Balsamum Peruvianum. Pulpa Tamarindorum. Folia et Folliculi Sennae. Radix Ratanhiae. Lignum Campechianum. Radix Ononidis et Rad. Liquiritiae. Semen Foenugraeci. H-ba Meliloti. Lignum Santali rubrum. Semen Calabar. Semen Tonca.

Semen Lini. Folia Coca. Folia Jaborandi. Flores Aurantii. Fructus Aurantii immat. Cortex fructus Aurantii. Lignum

Quassiae. Radix Senegae. H-ba Polygalae amarae. Cortex Cascarillae. Semen Ricini et Sem. Crotonis. Gallae Chinenses. Guarana. Kamala. Euphorbium.

Cortex Frangulae. Cortex Casçarae Sagradae. Flores Tiliae. Radix Althaeae. Flores Malvae. Cortex rad. Gossypii. Gossypium depuratum. Semen Cacao. Semen Kola. Folia Theae. Cortex Granati. Caryophylli. Fructus et Rad. Petroselini. Fructus Carvi. Fructus Ajovan. Fructus Anisi. Fructus Foeniculi. Radix Pimpinellae et Rad. Levistici. Radix Angelicae. Folia Uvae ursi.

Semen Strychni. H-ba Centaurii. Radix Gentianae. Folia Trifolii. Semen Strophanti. Cortex Quebracho. Cortex Condurango. Tubera Jalapae.

Folia et Radix Belladonnae. Folia et Semen Hyosciami. Folia et Semen Stramonii. Folia Nicotianae. Fructus Capsici. Stipites Dulcamarae.

H-ba Verbasci. Folia Digitalis. Cortex Chinae. Radix Ipecacuanhae. Semen Coffeae. Radix Valerianae. Flores Sambuci. Fructus Colocynthidis.

Flores Chamomillae vulgaris et Flor. Chamomillae Romanae. Radix Pyrethri. H-ba et Flor. Millefolii. Flores Pyrethri Persici et Flor. Pyrethri Dalmatici. Flores Cinae. H-ba Absinthii. H-ba et Radix Artemisiae. Flores Arnicae. Folia Farfarae. Radix Taraxaci.

Manna. Aloe. Lactucarium. Gummi arabicum. Tragacantha. Pulvis Goa. Sanguis Draconis. Camphora. Cautschuc. Guttapercha. Terebinthina. Resina Pini. Colophonium. Catechu. Kino.

Asa foetida. Gummi Ammoniacum. Galbanum. Mastix. Myrrha. Benzoe. Olea pinguia. Axungia porci. Sebum bovinum. Butyrum Cacao. Oleum Olivarum, Ol. Amygdalarum; Ol. Sesami; Ol. Lini; Ol. Gossypii; Ol. Arachidis; Ol. Lauri; Ol. Cocos. Oleum Jecoris Aselli. Oleum Ricini et Ol. Grotonis.

Lanolinum. Cetaceum. Cera.

Olea aetherea. Oleum Terebinthinae. Oleum Anisi; Ol. Caryophylli; Ol. Aurantii cort. et flor.; Ol. Melissae; Ol. Lavandulae; Ol. Thymi; Ol. Menthae piper.; Ol. Menthae crispae; Ol. Cinnamomi; Ol. Rosmarini; Ol. Rosae. Oleum Santali.

Mel. Ichthyocolla. Os Sepiae. Castoreum. Moschus. Pepsinum. Pancreatinum. Cantharides. Hirudines. Coccionellae.

PRATIMAI IŠ FARMACIJOS IR FARMAKOGNOZIJOS.

Numatoma daryti:

1. Kokybiniai ir kiekybiniai chemiški patikrinimai, einant farmakopėjos nurodymais, preparatų, kaip antai: anor-

ganinių ir organinių rūkščių ir druskų, alkaloidų, sintezinių preparatų, vegetabilinių farmakognozinių medžiagų, Galeno preparatų etc.

2. Farmakopėjos nurodytos medžiagos patikrinimai mikroskopiškai-anatomiškosios struktūros atžvilgiu, ypač tos medžiagos, kuri būna vartojama smulkiai sutrintu pavidalu; prie tos progos numatoma susipažinti ir su kai kuriomis mikrochemiškomis reakcijomis.
3. Gaminimas painesnių Galeno preparatų ir sintezės labiau prieinamų anorganiškųjų ir organiškųjų junginių, kaip antai: Aqua Amygdalarum amar., Sapo medicatus, Acidum hydrojodicum, Calcium hypophosporosum, Antifebrinum, Nitrocellulosa, Lysoformium, Ferratinum, alkaloidai, gliukozidai ir kiti.

MAISTO BEI DIJETINIŲ DAIKTŲ IR CHEMIJOS - TECHNIKOS GAMINIŲ ANALIZIŲ METODIKA. TEISMO ANALIZIŲ METODIKA.

Šis kursas apima pratimus su atatinkamomis teoriškomis paskaitomis iš sekamos .emiau nurodytos medžiagos:

Pienas. Sudėtis ir falsifikavimo priemonės. Riebalų, vandens, druskos, kazeino ir cukraus tyrimas. Palyginamojo svorio ir refraktometrijos davinių reikšmė. Suradimas konservavimo būdų. Tyrimas kondensuoto pieno ir kiekio cukraus jame.

Sviestas. Sudėtinės dalys ir kiekybinis jų tyrimas. Rūkštumo skaitmuo. Būdai pašalinių riebalų įmaišai surasti. Polenske ir Meissl'io skaitmenys. Refraktometrija.

Sūris. Vandens, riebalų, azotinių ir mineralinių substancijų kiekis.

Kiaulės taukai. Sumuilinimo ir jodo skaitmenys. Tirpimo ir sustingimo laipsnis. Kokoso ir kitų riebalų įmaiša. Cholesterino ir fitosterino atskyrimas.

Aliejai. Ol. Provinciale, Ol. Sesami, Ol. Ricini, Ol. Jecoris, Ol. Amygdalarum etc. Rūkštumo laipsnis. Sumuilinimo ir jodo skaitmenys. Liuosiųjų riebalinių rūkščių tyrimas.

Mėsos ekstraktas. Vanduo. Mineralinės dalys. Riebalai. Azotinės substancijos.

Miltai. Vanduo. Pelenai ir mineralinės įmaišos. Specialinės reakcijos skalsų ir piktžolių įmaišai surasti. Sėlenos ir aleuronas. Skarbylo (krakmolo) grūdelių mikroskopiškasis tyrimas.

Duona ir vaikų milteliai (Kindermehl). Vanduo. Pelenai. Rūkštumas. Fosfatų ir azoto kiekis. Bendras baltymų kiekis. Nesuvirškinamųjų nukleinų kiekis. Riebalai. Tirpstamieji ir netirpstamieji karbohidratai. Celiuliozė.

Vynas. Alkoholio, ekstrakto, mineralinių substancijų, fosfatų, bendrai liuososios rūkšties, vynakmeninės rūkšties, bitartrato ir tanino kiekis. Kiekis cukraus poliarizavimo ir redukavimo būdu.

Tyrimas dažo: naturalaus ir dirbtinio. Konservavimo būdai. Įvertinimas sulig analizės daviniais.

Alkoholiniai gėrimai: degtinė, likeriai, koniakas ir kiti. Alkoholio stiprumas. Metyl - alkoholio, denaturato, nitrobenzolo įmaišos. Užteršimas su fuzeliu, furfurolu ir aldehydais.

Vaisių syvai ir marmeladas. Ekstraktinės dalys. Liuososios rūkštys. Poliarizavimas prieš ir po inversijos. Mineralinės dalys. Pigmentai. Konservavimo būdai ir saponinai. Mikroskopiškasis tyrimas.

Medus. Vanduo ir ekstraktinės dalys. Poliarizavimo daviniai ir jų įvertinimas. Cukraus rūšys ir jų kiekis. Dirbtinis medus.

Arbatžolės. Pelenai. Ekstraktas. Taninas. Kofeinas. Kitų žolių ir nugertų arbatžolių įmaiša. Dirbtinis nudažymas. Mikroskopiškasis tyrimas.

Saccharosa ir Saccharinas. Chemiškieji ir mikroskopiškieji tyrimai. Poliarizavimas.

Geriamasis vanduo. Mineralinės dalys. Nitratai ir nitritai. Chloridai. Sulfatai. Amonio junginiai. Organinės substancijos. Angliarūkštė: liuosoji, visai ir nevisai surištoji. Vandens kietumas. Mikroskopiškasis tyrimas. Įvertinimas sulig visais esamais daviniais.

Muilas. Vanduo. Riebalinės rūkštys. Alkalijos: liuososios, surištosios su riebalais ir karbonatų pavidalu. Dervos ir anorganiškųjų junginių įmaiša. Glicerinas.

Vaškas. Sudėtinės dalys. Rūkšties ir estero sumuilinimo skaitmenys ir jų tarp savęs santykiavimas. Parafino, stearino ir taukų įmaiša. Refrakcijos daviniai. Jodo skaitmuo.

Superfosfatas ir tomo miltai. Bendras fosforo rūkšties kiekis. Tirpstamasis vandenyj fosfatas ir jo suradimas: urano-metodė, molybdeno-metodė ir citrato-metodė.

Popierius. Pelenai. Celiuliozės kiekis. Pasunkinimo medžiaga: klijus, kazeinas, derva ir kiti.

Audinys. Pluoštų rūšies pažinimas: vegetabiliniai ir animaliniai pluoštai. Medvilnės, vilnos, linų, naturalaus ir dirbtinio šilko pluoštai.

Teismo analizės. Nuodų lavono organuose suradimas. Medžiagos tyrimui paskirstymas. Lakiųjų dalių tyrimas. Ekstragavimas su alkoholiu ir su eteru. Alkaloidų, sintetinių nuodingų junginių ir gliukozidų suradimas. Organinės medžiagos suardymas ir sunaikinimas. Anorganiškųjų nuodų suradimas. Liuosųjų šarmų, mineralinių rūkščių, oksaliato, kaliumchlorato ir kai kurių kitų nuodingų substancijų suradimas. Taisyklingas pātiekiamo teismui protokolo surašymas.

Kaunas, 1924 m. Kovo 30 d.

Parašas: (Ordin. Prof. P. Raudonikis).

Karinės prievolės įstatymo priedas.

(V. Ž. Nr. 91, eil. Nr. 760; V. Ž. Nr. 109, eil. Nr. 843; V. Ž. Nr. 146, eil. Nr. 1056).

Ligų ir kūno trūkumų sąrašas.

A.

Ligos ir kūno trūkumai, del kurių nuo karo tarnybos atleidžiama.

1. Silpnas arba nepribrendęs kūno sudėjimas su menku kaulų ir raumenų išsiplėtojimu, su siaura krūtine, neproporcingu atskirų kūno dalių sudėjimu, su sudribusia ir išblyškusia oda, paodžio taukų stoka, neatatinkamu amžiui kūno užaugimu. Didelis kuno sunykimas po sunkios ir ilgos ligos, arba chroninio nusinuodijimo, jei tas sunykimas, ligoninėje ištyrus, pasirodys neišgydomas.

I pastaba. Ūgis turi būti ne mažesnis kaip 140 centimetrų.

II pastaba. Jei nepribrendimas yra nedidelio laipsnio, tai šaukiamasis gali būti atleistas namo vieneriems metams ne daugiau kaip 2 kartu iš eilės.

III pastaba. Turį nedidelio laipsnio šiame punkte nurodytus trūkumus (be nepribrendimo) skiriami į naujokų rezervą.

2. Liguistas nutukimas, kliudąs karo tarnybai.

Pastaba. Nutukėliai, kurių vidaus organuose nėra ryškių liguistų apkitimų, skiriami į naujokų rezervą.

3. Adisono liga.

4. Cukrinė liga (diabetes mellitus) ir diabetes insipidus, ištyrus ligoninėje.

5. Elephantiasis.

6. Raupsai (lepra).

7. Myxoedema.

8. Limfinių liaukų tuberkuliozas su pūliavimu ir liaukų suirimu.

Pastaba. Vyrai su ryškiu liaukų (glandulae lymphaticae) sutinimu be pūliavimo skiriami į naujokų rezervą.

9. Leucaemia, pseudoleucaemia, anaemia perniciosa, haemophilia, sunkios nepagydomos sifilio formos, — ištyrus ligoninėje.

10. Gerybiniai navikai (neoplasmata benigna), jeigu jie spaudžia svarbiausius organus arba kliudo nariams veikti arba kliudo dėvėti kepurę, drabužius, avalinę, nešioti karinę naštą (amuniciją).

11. Visokių rūšių ir laipsnių piktybiniai navikai (neoplasmata maligna).

12. Idiotizmas, įgimtas silnas protas, atsilikęs proto išsiplėtojimas. — ištyrus ligoninėje.

13. Dvasios ligos, vistiek kurios rūšies ir kurio laipsnio, — ištyrus ligoninėje.

14. Nuomaris (epylepsia), — ištyrus ligoninėje.

15. Chroninė chorea ir kiti pastovūs mėšlunginiai (spazminiai) susirgimai, — ištyrus ligoninėje.

16. Isterijos ir kitų neurozų sunkios formos, — ištyrus ligoninėje.

17. Bazedovo liga.

18. Neišgydomos ar sunkiai išgydomos organinės centrinės ar periferinės nervų sistemos ligos, — ištyrus ligoninėje.

19. Dystrophia musculorum progressiva ir kitos myopatijų formos,—ištyrus ligoninėje.

20. Neišgydomos ar sunkiai išgydomos neuralgijos,—ištyrus ligoninėje.

Pastaba. Vyrai su sunkiai išgydomomis ar dažnai pasikartojančiomis neuralgijomis skiriami į naujokų rezervą.

21. Akromegalia.

22. Lupus vulgaris, mycosis fungoides, molluscum fibrosum multiplex, pemphigus chronicus, sclerodermia, prurigo, ichtyosis, psoriasis vulgaris universalis ir kitos chroninės neišgydomos arba sunkiai išgydomos odos ligos,—ištyrus ligoninėje.

23. Didelio laipsnio galvos favus ir didelis nuplikimas po išgijusio favuso.

24. Chroninės neišgydomos sifilio, skorbuto, tuberkuliozo ir kitos kilmės opos (ulcera), — ištyrus ligoninėje.

25. Randai, kurie turi palinkimą virsti opa arba priaugę prie giliau esamų audinių, jei jie kliudo laisvai nariams veikti, arba drabužius dėvėti ir avalinę avėti.

Pastaba. Jei rando daromos kliūtys nėra didelės tai šaukiamasis skiriamas į nerikiuotę.

26. Chroninis reumatizmas, deformuojąs sąnarių uždegimas ir podagra su pastoviais sąnarių, raumenų ir sausgyslių apkitimais ir kitokiais organinės rūšies ligų padariniais,—ištyrus ligoninėje.

Pastaba. Vyrai su dažnai pasikartojančiu sąnarių ar sausgyslių reumatizmu be kaulų ir kitų sąnarių dalių pastovių liguistų reiškinių, ištyrus ligoninėje, skiriami į naujokų rezervą.

27. Chroninės kaulų kremzlių, raumenų ir sausgyslių ligos su jų padariniais, kliudančiais nariams judėti arba dėvėti kepurę, drabužius, avalinę, arba sunkinančiais kvėpavimą.

28. Įgimtas arba įgytas kiaušo (cranium) kaulų trūkumas, jei kaulo vietoje yra pasidaręs minkštas randas iš jungiamųjų audinių.

29. Neužtenkami vokai (palpebrae) akiai užmerkti.

30. Vokų išvirtimas ar įvirtimas su raginės (cornea) arba konjunktyvos uždegimu.

Pastaba. Vyrai, turį chroninį sunkiai išgydomą vokų kraštų uždegimą su jų pastorėjimu ir blakstienų (ciliae) iškritimu, ištyrus ligoninėje, skiriami į naujokų tezervą.

31. Konjunktyvos randai su blakstienų įlinkimu į akį, palaikantieji chronišką raginės arba konjunktyvos uždegimą.

32. Trachoma su didele konjunktyvos infiltracija,—ištyrus ligoninėje.

33. Vokų suaugimas vieno su antru, arba su akies obuoliu vienos arba abiejų akių, jei tas suaugimas kliudo matyti, arba žymiai kliudo akį vartyti.

34. Vienos akies priešakinė staphyloma.

35. Vienos akies stoka (anophtalmus), arba atrophia bulbi. Abiejų akių aklumas. Vienos akies aklumas, jei antrosios matymas be akinių mažesnis kaip pusė normalaus matymo.

Pastaba. Aklumu vadinama visiškas nematymas (visus=0) arba toks matymo sumažėjimas, jei pirštai suskaitomi ne toliau kaip per pusę metro nuo akies.

36. Pastovus abiejų akių matymo sumažejimas, jei sveikesnioji akis turi mažiau kaip pusę normalaus matymo (išlyginus atatinkamais stiklais refrakcijos trūkumą).

I pastaba. Jei nurodytas matymo sumažėjimas pareina nuo retinitis pigmentosa, chorioretinitis, ir iškyla aikštėn tiktai menkoje šviesoje vakare, tai vis tiek del jo nuo karo tarnybos atleidžiama.

II pastaba. Tarnybai rikiuotėje reikalinga turėti dešiniosios akies matymas ne mažesnis kaip pusė normalaus matymo su korekcija.

III pastaba. Refrakcijos anomalijos ligi 8 dioptrijų, jei geresniosios akies matymas su atatinkamais stiklais yra ne mažesnis kaip $1/2$ normalaus matymo, nekliudo tarnauti kariuomenėje. Turį abiejose akyse didesnę kaip 8 dioptrijų refrakcijos anomaliją iš kariuomenės atleidžiami.

IV pastaba. Turį geresnėje akyje matymo aštrumą ne mažesnį kaip 0,3 skiriami į naujokų rezervą.

37. Matomojo lauko susiaurėjimas abiejose akyse didesnis kaip 30^0 del pastovių akies pakitimų.

38. Pastovus akies nervų paralyžius: a) vokų (ptosis, lagophtalmus) ir b) akies obuolio su diplopijos reiškiniais, — ištyrus ligoninėje.

39. Smarkus akių drebėjimas (nystagmus).

I pastaba. Nedidelis akių drebėjimas nekliudo tarnauti nerikiuotėje, jei matymas abiejų akių yra ne mažesnis kaip pusė normalaus matymo (išlyginus refrakcijos trūkumą).

II pastaba. Su nedideliu akių drebėjimu, jei matymas abiejų akių ne mažesnis kaip 0,3 (išlyginus refrakcijos trūkumą), skiriami į naujokų rezervą.

40 Ausies kaušelio (auricula) stoka; abiejų ausies takų užakimas, ar didelis pastovus susiaurėjimas su žymiu klausos sumažėjimu.

41. Chroniškas pūlingas bubnelio tuštymo (cavum tympani) uždegimas su kaulų rūdijimu (caries), polipais arba cholesteatoma; chroniškas pūlingas attici uždegimas, nors ir be komplikacijų.

42. Chroniškas pūlingas, nekomplikuotas, sunkiai išgydomas uždegimas abiejų ausų bubnelių tuštymo (cavi tympani).

Pastaba. Turį šiame punkte nurodytą trūkumą skiriami į naujokų rezervą.

43, Pastovus klausos sumažėjimas mažiau kaip 1,5 metro paprastai kalbai, — ištyrus ligoninėje.

Pastaba. Turį pastovų klausos sumažėjimą mažiau kaip 5 metrai paprastai kalbai arba 1,5 metro kalbant pašnabždomis skiriami į naujokų rezervą.

44. Aiškios pastovios išvidinės (vestibulinės) ausies srities ligos, — ištyrus ligoninėje.

45. Nosies kaulų, kremzlių ir minkštųjų dalių nustojimas ar suirimas, jei tai subiaurina nosį.

Abiejų nosies angų užakimas.

Kaktos, viršutinio žando, retikaulio (os ethmoidale) ir pleišto pavidalo kaulų (os sphenoidale) antelių (sinus) chroninės ligos su pūliavimu, arba stipriu dvokimu arba kaulų rūdijimas. Stipriai dvokianti atrofinė nosies sloga (ozaena).

46. Rinoskleroma (scleroma respiratorium), taip pat ir kitos pastovios ryklės (pharynx), gerklų (larynx) ir nosies ligos, jeigu jos kliudo kvėpuoti, ryti, kalbėti.

47. Lūpų, žandų suaugimas su dantų smegenimis, didelis liežuvio priaugimas, arba jo dalies stoka, minkštojo gomurio (palatum molle) trūkumas, žandikaulio ligos, jei kuris nors minėtųjų trūkumų pasunkina kramtymą, rijimą ir žodžių tarimą.

48. Liežuvio navikai, neišgydomos opos ir kitoki organiniai trūkumai, kliudantieji jam veikti.

49. Didelis mikčiojimas, sujungtas su stipriais mėšlunginiais trukčiojimais ir sunkia bei neaiškia kalba, — ištyrus ligoninėje.

Pastaba. Turį šiame punkte nurodytą trūkumą, skiriami į naujokų rezervą.

50. Nebylumas, surinkus žinias apie nebylį tėviškėje ir ištyrus jį ligoninėje.

51. Pastovi išorinė seilinė fistula.

52. Abiejų šalių ir paprastoji kiškio lūpa, jei plyšys užima visą lūpą; kietojo ir minkštojo gomurio (palati duri et palati mollis) plyšiai.

53. Stoka ne mažiau kaip 10 dantų viename žande, arba ne mažiau kaip 14 dantų abiejuose žanduose.

I pastaba. Turį kalbamą dantų trūkumą skiriami į naujokų rezervą.

II pastabą. Dantis laikomas nesamu, jei jis visas ligi šaknų nuiręs.

III pastaba. Išminties dantys neskaitomi.

54. Pastovus kaklo kreivumas ir jo judėjimo sumažėjimas.

55. Gūžys (struma), kliudąs kareivinius drabužius dėvėti arba sukeliąs funkcines ligas, pastaruoju atveju,—ištyrus ligoninėje.

56. Pastovios kvėpuojamosios gerklės (trachea) ir gerklų ligos, kliudančios kalbėti, ryti ir kvėpuoti.

57. Stemplės (oesophagus) susiaurėjimas, arba išsiplėtimas, — ištyrus ligoninėje.

58. Netaisyklingai sudėta krūtinė: siaura, įdubusi, rachitinė (vadinamoji paukščio krūtinė), taip pat ir raktakaulių (clavicula) ar šonkaulių sutrumpėjimas arba sukreivėjimas, jei tai kliudo kvėpuoti, judėti arba drabužius ir amuniciją nešioti.

Pastaba. Vyrai su nedidelio laipsnio šiame punkte nurodytais trūkumais skiriami į naujokų rezervą.

59. Plaučių tuberkuliozas, chroniškas plaučių arba jų plėvės uždegimas.

Pastaba. Turį nors vienos plaučių viršūnės katarą be aiškių jo aktingumo ir progresyvumo reiškinių ir be bendro mitimo sumenkėjimo, taip pat turį plaučių plėvės uždegimo liekanas be suliesėjimo, ištyrus ligoninėje, skiriami į naujokų rezervą.

60. Chroninis bronchitas su bendru suliesėjimu, bronchiektazijos ir sunki plaučių emphysema su troškuliu.

Pastaba. Vyrai, linkusieji pakartotinai kvėpuojamųjų kelių katarais sirgti, ištyrus ligoninėje, skiriami į naujokų rezervą.

61. Astma bronchiale, — ištyrus ligoninėje.

62. Organinės širdies, jos kryties (pericardium), aortos, plaučių arterijos ir kitų kraujo tekamųjų indų ligos.

Pastaba. Vyrai, sergnatieji funkcionaliniais širdies veikimo sutrikimais, ištyrus ligoninėje, skiriami į naujokų rezervą.

63. Organinės kepenų, blužnies (lien), skilvio, žarnų, inkstų ir kitų pilvo ir dubens (pelvis) organų ligos su aiškiu jų veikimo sutrikimu.

Pastaba. Vyrai, sergantieji funkcionaliniais skilvio ir žarnų sutrikimais (achylia gastrica, dyspepsia acida etc.), ištyrus ligoninėje, skririami į naujokų rezervą.

64. Visokių rūšių hernia,—ištyrus komisijoje prie ligoninės.

I pastaba. Vyrai, turį mažo laipsnio hernia, skiriami į naujokų rezervą.

II pastaba. Hernijų vartų (kirkšnių ir kulšies kanalų) vienas tik prasiplėtimas, be išėjimo pro juos vidurių, nelaikoma hernia.

65. Visų tiesiosios žarnos (recti) sluoksnių iškritimas ir fistula ani, — ištyrus ligoninėje.

Recti ir ani susiaurėjimas.

66. Sunkios gemorojo formos.

67. Anus praeternaturalis, ekskrementinė fistula.

68. Varpos (penis) praradimas, epispadia ir hypospadia II ir III laipsnio, t. y. jeigu hypospadia yra toliau nuo glans penis; šlapimo pūslės įgimti trūkumai (ectopia, pūslės fistula) ir uretros fistula tarp varpos šaknies ir glans penis.

69. Akmeninė šlapimų takų liga, didelis neišgydomas uretros susiaurėjimas, — ištyrus ligoninėje.

70. Nuolatinis šlapimo nevaldymas po stuburo (columna vertebrarum) traumos, arba del centrinės nervų sistemos ligos taip pat ir del pūslės ligos, — ištyrus ligoninėje.

71. Vandeninė kiaušiniuko (testis) ir sėklinio virželio liga (hydrops testis et funiculi spermatici), jei ji savo didumu kliudo vaikščioti ir drabužius dėvėti.

72. Sėklinio virželio venų didelis mazguotas išsiplėtimas, kliudąs vaikščioti ir drabužius dėvėti.

73. Kiaušiniuko priedėlio, sėklinio virželio ir mašnelės (testis, epididymis, funiculi spermatici et scroti) navikai ir kitokios pastovios ligos, sunkios rūšies arba kliudančios vaikščioti, arba drabužius dėvėti.

74. Stuburo įgimtos ydos ir chroninės ligos, arba žymūs jo iškrypimai, dubens (pelvis) iškrypimai ir kitokios jo anomalijos.

75. Plaštakos arba pėdos stoka.

76. Galūnių sukreivėjimas arba sutrumpėjimas, kliudantieji normaliai joms veikti, arba drabužius dėvėti ir avalinę avėti, būtent: 1) kojos sutrumpėjimas didesnis kaip 3 centimetrai; 2) toks kojos iškrypimas vidun (genu varum), jog stovint stačiai su suglaustomis pėdomis tarpas tarp kelių yra didesnis kaip 15 centimetrų ir 3) toks kojų iškrypimas į šalis (genu valgum), jog stovint stačiai su suglaustais keliais ir pasuktomis tiesiai į priešakį kelių girnikėmis (patella) tarpas tarp kulnų yra didesnis kaip 10 centimetru.

77. Didžiųjų sąnarių sumažintas paslankumas ir veikimas del chroninių jų ligų, susenėję ir pasikartoją išsukimai, nesugiję arba blogai sugiję perlūžimai, kliudą veikti, arba pasidaręs netikras sąnarys.

78. Pastovi nors ir vienos galūnės (extremitas) atrofija su žymiai sutrikusiu jos veikimu.

79. Stoka dviejų ar daugiau vienos rankos pirštų.

I pastaba. Vienos falangos rankos nykščio stoka yra laikoma viso piršto stoka, o kitems pirštams piršto stoka laikoma dviejų falangų stoka.

II pastaba. Vyrai, netekusieji po vieną pirštą abiejų ranku arba nykščio vienos rankos skiriami į nerikiuotę.

80. Visiškas sutraukimas arba nepaslankumas daugiau kaip vieno bet kurios rankos piršto, arba ir vieno, jeigu tai labai kliudo darbui, pastaruoju atveju, ištyrus ligoninėje.

Pastaba. Jei sutrauktas arba nepaslankus tik vienas pirštas, nors ir nykštis, tai tiriamasis skiriamas į nerikiuotę, jeigu sutraukimas arba nepaslankumas mažai kliudo darbui.

81. Vienos arba abiejų kojų didelis mazguotas venų išsiplėtimas su opomis arba su suplonėjusiomis sienelėmis, galinčiomis pratrūkti.

Pastaba. Turį vidutinį šitos ligos laipsnį skiriami į nerikiuotę.

82. Didelio laipsnio pėdos iškrypimas į vidų (pes varus), į šalį (pes valgus), į apačią (pes equinus) ir į viršų (pes calcaneus), didelio laipsnio plokščia pėda (pes planus).

I pastaba. Mažo laipsnio pes varus, valgus, equinus, calcaneus ir planus nekliudo tarnauti nerikiuotėje.

83. Nykščio arba dviejų kitų kojos pirštų stoka.

II pastaba. Kojų pirštų stoka laikoma kaip ir rankų pirštų stoka: nykščio — vienos falangos stoka, o kitų pirštų — dviejų falangų stoka.

84. Jei tiriamasis turi kurią nors, ligą nenurodytą šiame sąraše, bet tarnybai kliudančią, arba keletą ligų, del kurių kiekvienos skyrium visiškai nuo tarnybos nepaleidžiama, bet jų bendras veikimas daro žmogų tarnybai netinkamą, tai komisija turi teisės, vaduodamasi šiuo punktu, atleisti tiriamąjį nuo tarnybos arba paskirti į naujokų rezervą, aiškiai aprašius pažymėjime ligos reiškinius.

Pastaba. Jei liga yra visai aiški, tai, nors atatinkamas punktas reikalauja ištyrimo ligoninėje, komisija turi teisės atleisti ir be ištyrimo.

B.

Ligos ir kūno trūkumai, su kuriais galima priimti į nerikiuotę:

1. Randai, priaugę prie giliau esamų audinių, jei jie nelabai kliudo nariams veikti, arba drabužiams dėvėti ir avalinei avėti.

2. Vienos akies aklumas be reiškinių atrophia bulbi, jei kitos akies matymas ne mažesnis kaip pusė normalaus matymo be korekcijos.

3. Kairiosios akies matymas ne mažesnis kaip pusė normalaus matymo (išlyginus refrakcijos trūkumą), jei dešiniosios akies matymas yra mažesnis.

4. Geresniosios akies matymas su atatinkamais stiklais nemažesnis kaip $^1/_2$ normalaus matymo, vistiek ar tai pareina nuo miopijos ligi 8 dioptrijų, ar tai nuo hypermetropijos, ar nuo astigmatizmo.

5 Matomojo lauko susiaurėjimas abiejose akyse ne didesnis kaip 36^0 del pastovių akies dugno apkitimų.

6. Akies obuolių nervų paralyžius be diplopijos reiškinių ir pastovus žvairumas, jei žvairiosios akies cornea, žiūrint stačiai, siekia vienos akies plyšio kampą.

7. Nedidelis akių drebėjimas (nystagmus), jei matymas gerosios akies yra ne mažesnis kaip $^1/_2$ normalaus matymo.

8. Nepilnas ausies takų užakimas be žymaus klausos sumažėjimo.

9. Vienos ausies kurtumas be jos uždegimo reiškinių.

10. Chroniškas pūlingas nekomplikuotas vienos ausies (cavi tympani) uždegimas.

11. Pastovūs sausi bubnelio defektai vienos arba abiejų ausų, jeigu klausa geresnė negu nurodytojo sąraše A. p. 43 pastaboje.

12. Kiškio lūpa su mažu lūpos plyšiu.

13. Vidutinio laipsnio mikčiojimas, — ištyrus ligoninėje.

14. Recti gleivių plėkšnelės (mucosa) iškritimas, atsitinkąs su didele stanga

15. Kiaušiniuko (testis) užsiturėjimas kirkšnies kanale.

16. Galūnių iškrypimas, kurs nekliudo joms veikti; kojų sutrumpėjimas didesnis kaip 1 centimetras, bet ne didesnis kaip 3 centimetrai.

17. Vienos plaštakos nykščio stoka arba po vieną pirštą kiekvienos plaštakos.

18. Visiškas sutraukimas arba nepaslankumas vieno plaštakos piršto, kad ir nykščio, jeigu mažai tekliudo darbui.

19. Katros nors plaštakos pirštų suaugimas vieno su kitu.

20. Vienos arba abiejų apatinių galūnių vidutinio laipsnio mazguotas venų išsiplėtimas.

21. Mažojo laipsnio pes varus, valgus, equinus, calcaneus ir pes planus.

22. Mažojo pėdos piršto stoka.

23. Galūnių liekūs pirštai, pirštų iškrypimas arba jų nepilnas sutraukimas ir visoki kiti kojų ir rankų pirštų trūkumai, jei jie vaikščioti ir dirbti nerikiuotėje nekliudo.

24. Jei tiriamasis turi keletą sąraše B nurodytų trūkumų, kurie kartu visai kliudo jam tarnauti ir nerikiuotėje, tai komisija gali jį visai nuo tarnavimo atleisti arba skirti į naujokų rezervą.

> Pastaba. Visi kareiviai ar naujokai su nurodytais sąraše B trūkumais gali būti skiriami į naujokų rezervą, jeigu ypatingu Vyriausiojo Štabo įsakymu jų tarnavimas nerikiuotėje yra nereikalingas.

C.

Ligos, del kurių kariai gali būti laikinai namo paleidžiami sveikatai pataisyti.

1. Sunkios rūšies skrofuliozinis raginės akies plėkšnelės (cornea) uždegimas.

2. Anaemia, didelis sunykimas po aštrių ar sunkių ligų ir po operacijos.

3. Galūnių kurio nors sąnario nepaslankumas po išsisukimo ar sulaužymo, arba po sąnario ir kaulų uždegimo, lygiai nevisai sutvirtėję minkštų dalių ir kaulų randai po operacijų; nepilnas ar netvirtas raumenų veikimas po buvusio paralyžio.

4. Kurios nors kitos, sąraše C nenurodytos, ligos, jei yra pagrindo manyti, kad namų sąlygose liga gali praeiti.

I pastaba. Sergantieji kariai gali būti atleidžiami iš kariuomenės einant šiuo sąrašu ne ilgiau kaip 3 mėnesiams.

II pastaba. Del vienos ir tos pačios ligos kariai gali būti paleidžiami atostogų sveikatai pataisyti ne daugiau kaip 2 kartu, po to nepasitaisiusieji skiriami į naujokų rezervą, arba į atsargą.

D.

Ligos ir kūno trūkumai, del kurių karininkai, kareiviai ir laisvai samdomieji mechanikai negali eiti tarnybos aviacijos ir oro dalyse.

1. Ligos ir kūno trūkumai, del kurių šaukiamieji į kariuomenę atleidžiami nuo karo tarnybos, o taip pat ligos ir kūno trūkumai su kuriais priimami į nerikiuotę.
2. Funkcionaliniai kraujo tekamųjų organų sutrikimai (arithmia, padidintas širdies veikimo jaudingumas ir t. t.), širdies neurozai.
3. Ryški neurasthenia ir hysteria, taip pat visos traumatinių neurozų formos,—ištyrus ligoninėje.
4. Įvairios raumenų mėšlungio (spasmus) ir drebėjimo formos,—ištyrus ligoninėje.
5. Alkolizmas.
6. Chroninės neuralgijos ir reumatizmas.
7. Viršutinių kvėpuojamųjų kelių (nosies ir nosiaryklės-cavum naso-pharyngeale) katariniai susirgimai, pasiekę tokio laipsnio, kad gali ištikti, nors ir laikinai, nosimi kvėpavimo pasunkėjimas ir nepakankama Eustachijaus vamzdelių ventiliacija.
8. Chroniški pūlingi nors ir vienos vidurinės ausies uždegimai.
9. Viestibulinio aparato funkcijos sutrikimas, kad ir nedidelio laipsnio.
10. Tokio laipsnio klausos sumažėjimas, kad bevielio telegrafo garsų signalai, ūžiant dirbančiam motorui, negirdimi.
11. Matymo aštrumas vienoje ausyje mažesnis kaip 0,75, o kitoje — mažesnis kaip 0,5 be korekcijos stiklų.
12. Matomojo lauko susiaurėjimas.
13. Spalvų jutimo susilpnėjimas.
14. Ryškus chroniškas konjunktyvos ir vokų kraštų uždegimas.

E.

Ligos ir kūno trūkumai, del kurių karininkai ir karo valdininkai laikomi netinkamais eiti tikrąją karo ar karo jūros tarnybą.

1. Įvairios dvasios ligų formos, neišgydomos ir sunkiai išgydomos organinės centralinės ir periferinės nervų sistemos ligos,

dystrophia musculorum progressiva ir kitos myopatijų formos, jei šitos ligos reiškiasi aiškiais objektingais daviniais, arba šie pasirodo,—ištyrus ligonį gydomoje įstaigoje

2. Sunkios neurastenijos ir kitų funkcionalinių nervų sistemos susirgimų formos, apsireiškiančios, be subjektingų simptomų, taip pat tam tikrais pažyminiais jaučiamoje, judinamoje, reflektorinėje, širdies ir kraujo indų sferose, — ištyrus ligoninėje.

3. Visiškas negirdėjimas viena ausimi, žymiai sumažėjus klausai ir kitoje ausyje, jei tai pareina nuo pastovių organinių apkitimų, taip pat pūlių bėgimas iš abiejų ausų, pareinąs nuo chroninio sunkiai išgydomo abiejų vidurinių ausų uždegimo.

4. Kaulų ir minkštųjų veido dalių, liežuvio, gomurio, gerklų, kvėpuojamosios gerklės, ryklės ir stemplės neišgydomos ligos, dideli pakenkimai ir defektai, jei jie sukelia svarbių organizmui funkcijų sutrikimus ir labai biaurina veidą.

5. Plaučių tuberkuliozas, chroniškas plaučių ir pleuros uždegimas, organinės kvėpuojamųjų kelių ligos, kurios labai suardo sveikatą, chroninis bronchų kataras su jų išsiplėtimais arba organizmo mitimo sumenkėjimu, taip pat didelė plaučių emphysema su troškulio priepuoliais (dyspnoe), bronchinė astma, — ištyrus ligoninėje.

6. Organinės širdies, jos kryties (pericardium), aortos ir plaučių arterijos ligos (aneurizmos, aiškiai apsireiškiąs arterijų sklerozas ir t. t.), — ištyrus ligoninėje.

7. Leucaemia, pseudoleucaemia, anaemia perniciosa ir haemophylia, — ištyrus ligoninėje.

8. Adisono liga.

9. Elephantiasis.

10. Raupsai (lepra).

11. Scleroma respiratiorium.

12. Myxoedema, akromegalija.

13. Sunkesnės Bazedovo ligos formos; didelis gūžys (struma), jei jis kliudo karinius drabužius dėvėti.

14. Lupus vulgaris (vistiek kokio laipsnio), mycosis fungoides, molluscum fibrosum multiplex, pemphigus chronicus, sclerodermia, prurigo, ichtyosis, psoriasis vulgaris ir kitos chroninės odos ligos, jei jos nesiduoda išgydyti arba sukelia sunkius viso organizmo sutrikimus, — ištyrus ligoninėje.

15. Organinės kepenų (jaknų), blužnies (lien), skilvio (ventriculus), žarnų, inkstų (renes) ir kitų pilvo ir dubens (pelvis) organų ligos, jei šių organų veikimo ir bendro viso organizmo mitimo sutrikimas yra aiškus.

16. Visų tiesiosios žarnos sienelių sluogsnių iškritimas, neišgydomos užpakalinės landos (anus) fistulos, taip pat ir fistulos, surištos su kitomis skilvio ir žarnų dalimis; tiesiosios žarnos arba užpakalinės landos susiaurėjimas, taip pat sunkios gemorojo formos su mazgų uždegimu ir kraujo iš jų bėgimu.

17. Didelio laipsnio kylos (hernia).

Pastaba. Mažo laipsnio kyla nekliudo tarnauti nerikiuotėje.

18. Chroninės šlapimo takų ligos; inkstų latakėlių (ureteri) ligos; šlapimo pūslės akmenys, navikai ir chroniškas jos uždegimas; šlapimo išleidžiamojo kanalo (urethra) susiaurėjimas ir priestatinės liaukos (prostata) apkitimai, jei tai sukelia šlapinimosi sutrikimą, šlapimo takų fistula, — ištyrus ligonineje.

19. Sunkūs, pastovūs negerybiniai kiaušiniuko ir sėklinio viržėlio susirgimai (tuberkuliozas, piktybiniai navikai etc.), taip pat ir gerybiniai, jeigu jie kliudo vaikščioti ir drabužius dėvėti.

20. Visų rūšių ir išsiplėtojimo laipsnių piktybiniai navikai, vistiek kurioje kūno dalyje jie būtų, taip pat ir gerybiniai navikai, jei jie savo didumu kliudo nariams veikti, ar spaudžia kurį nors svarbų organą, arba kliudo dėvėti kepurę, drabužius, avėti avalinę.

21. Didelės įsisenėjusios opos (ulcera) ir fistulos, jei jos pareina nuo kaulų rūdijimo ar jų apmirimo.

22. Limfinių liaukų tuberkuliozas su pūliavimu ir liaukų suirimu.

23. Randai, linkę virsti opa, arba suaugę su giliau esamais audiniais ir kliudantieji laisvai judėti nariams, arba dėvėti drabužius, ar avėti avalinę.

Pastaba. Vyrai su dideliais randais, nors suaugusiais su kaulu, bet nekliudančiais judėjimams, skiriami į nerikiuotę.

24. Dideli stuburo sukreivėjimai, taip pat raktakaulių ir šonkaulių sutrumpėjimas, arba sukreivėjimas, jei tai apsunkina kvėpavimą ir sukelia kuriuos nors neišgydomus sutrikimus.

25. Arthritis deformans ir podagra su sąnarių ir raumenų apkitimais, sukietėjimais ar pritraukimais ir kitais organiniais padariniais, taip pat nepakankamas didžiųjų sąnarių paslankumas, pareinąs nuo randų, sąnarinių galvelių suaugimų ir chroninių sąnarių ligų.

26. Įsisenėję ir pasikartoję išsinarinimai ir nesugiję perlūžimai su pasidariusiu netikru sąnariu.

27. Vienos rankos ir kojos nustojimas arba labai apsunkintas jos valdymas, pareinąs nuo chroninių kaulų, sąnarių, raumenų, sausgyslių ir nervų ligų.

28. Kojos sutrumpėjimas keturiais ir daugiau centrimetrais.

29. Dideli mazguoti nors ir vienos kojos venų išsiplėtimai su venų sienelių suplonėjimu, labai išsitempiantieji stovint, arba linkę virsti opomis.

30. Netekimas, suaugimas ir nepaslankumas dviejų vienos rankos pirštų, arba abiejų nykščių.

31. Pritraukimas, nepaslankumas, iškrypimas, arba netekimas kojos pirštų, jei tai kliudo vaikščioti ir avėti avalinę.

32. Randai, pasidarę kiaušo kauluose po buvusio jo sužeidimo, kuriuose vietoje kaulinių audinių yra tik jungiamieji; taip

pat visų kitų kiaušo ar jo turinio pakenkimų padariniai, — ištyrus ligoninėje.

33. Abiejų akių matymo aštrumo sumažėjimas žemiau negu 25/50 su korekcija akiniais, jei tai pareina nuo esamų akies dugne ar kitose jos dalyse patologinių procesų, linkusių blogose sąlygose progresuoti ir dar labiau matymo aštrumą silpninti.

I pastaba. Akių ir matymo aštrumo tyrimą atlieka specialistas ligoninėje.

II pastaba. Turį matymo aštrumą dešinėje akyje didesnį kaip 30/50, o kairioje nemažiau kaip 1/20 išlyginus refrakcijos trūkumą, tinka rikiuotei.

34. Matomojo lauko susiaurėjimas daugiau kaip 30° iš visų kraštų.

35. Vokų nepakankamumas akies obuoliui uždengti.

36. Vokų išvirtimas, įvirtimas ir netaisyklingas blakstienų augimas akies obuolio pusėn, jei tai palaiko raginės ar konjunktyvos uždegimą.

37. Vokų konjunktyvos randai, kurie palaiko chronišką raginės arba vokų gleivių plėkšnelės uždegimą.

38. Trachoma su didele jungiamosios plėkšnelės infiltracija, —ištyrus ligoninėje.

39. Vokų suaugimas vieno su antru, arba su nors vienos akies obuoliu, jeigu tai kliudo matyti, arba trukdo akiai judėti.

40. Stemplės (oesophagus) susiaurėjimas,—ištyrus ligoninėje.

41. Žymi pastovi nors ir vienos galūnės atrofija, — ištyrus ligoninėje.

42. Jei tiriamasis turi kurią nors ligą, šitame sąraše nepažymėtą, bet tarnybai kliudančią, arba keletą ligų, kurių kiekviena atskirai nuo tarnybos nepaleidžia, bet del jų visų žmogus tarnybai yra netinkamas, tai komisija turi teisės atleisti tiriamąjį nuo tarnybos, vaduodamasi šiuo punktu, aiškiai išdėsčius ligos liudijime ligos apsireiškimus.

F.

Ligos ir kūno trūkumai, kurie nekliudo kaio valdininkams tarnybą eiti, o karininkams nerikuotės tarnybą.

1. Matymo aštrumo sumažėjimas (su korekcija akiniais) abiejose akyse ne mažiau kaip 25/50, jei tai pareina nuo refrakcijos anomalijų arba kitų kurių esamų akyse nors ir pastovių, bet neprogresuojančių apkitimų.

Pastaba. Turį matymo aštrumą didesnį dešinėje akyje kaip 30/50, o kairioje ne mažesnį kaip 1/20 tinka rikiuotei.

2. Vienos akies aklumas, jei iš oro akies obuolys nėra apkitęs, ir jei antrosios akies matymas yra lygus ar didesnis kaip pusė normalaus matymo su korekcija.

3. Perdidelis nutukimas, jei su juo nesurištos kurios nors organinės širdies ligos.

4. Gūžys, jei jis nekliudo užsisegti apikaklę.

5. Dažnai pasikartojančios įvairios neuralgijų formos.

6. Funkcionaliniai širdies veikimo sutrikimai, — ištyrus ligoninėje.

7. Trūkumas daugiau kaip 14 dantų abiejuose žanduose, arba 10 viename žande, jei nėra žymaus suliesėjimo.

8. Arterijų sklerozas,—ištyrus ligoninėje.

9. Randai, priaugę prie giliau esamų audinių, jei jie nelabai kliudo nariams veikti arba drabužius dėvėti ar avalinę avėti.

10. Kojos sutrumpėjimas didesnis kaip 2 centimetrai, bet mažesnis kaip 4 centimetrai.

11. Vienos arba abiejų kojų vidutinio laipsnio mazguotas venų išsiplėtimas.

12. Mažo laipsnio pes varus, valgus, equinus, calcaneus ir planus.

13. Chroniškas pūlingas nekomplikuotas vienos ausies bubnelio tuštymo (cavum tympani) uždegimas, ištyrus ligoninėje.

14. Pastovus klausos sumažėjimas mažiau kaip 5 metrai, paprastai kalbant, arba mažiau kaip $1^1/_2$ metro, kalbant pašnabždomis.

15 Sausi bubnelio defektai su žymiu klausos sumažėjimu, nurodyti šio sąrašo 14 punkte.

16. Vienos ausies kurtumas, jei kitos ausies klausa nesumažėjus.

G.

Ligos ir kūno trūkumai, del kurių gydytojai laikomi netinkamais eiti karo tarnybą.

1. Įvairios dvasios ligų formos, neišgydomos ar sunkiai išgydomos organinės, centrinės ir periferinės nervų sistemos ligos, distrophia musculorum progressiva ir kitos myopatijų formos, jei šios ligos reiškiasi aiškiais objektingais daviniais, arba šie pasirodo,—ištyrus ligonį gydomoje įstaigoje.

2. Sunkios neurastenijos ir kitų funkcionalinių nervų sistemos susirgimų formos, apsireiškiančios, be subjektingų simptomų, taip pat tam tikrais pažyminiais jaučiamoje, reflektorinėje širdies ir kraujo indų sferose,—ištyrus ligoninėje.

3. Visiškas negirdėjimas viena ausimi, žymiai sumažėjus klausai ir kitoje ausyje, jei tai pareina nuo pastovių organinių apkitimų, taip pat pūlių bėgimas iš abiejų ausų, pareinąs nuo chroniško sunkiai išgydomo abiejų vidurinių ausų uždegimo.

4. Kaulų ir minkštųjų veido dalių, liežuvio, gomurio, gerklų, kvėpuojamosios gerklės, ryklės ir stemplės neišgydomos ligos, dideli pakenkimai ir defektai, jei jie sukelia svarbių organizmui funkcijų sutrikimus, ar labai biaurina veidą.

5. Plaučių tuberkuliozas, chroniškas plaučių ir pleuros uždegimas, organinės kvėpuojamųjų dalių ligos, kurios labai suardo sveikatą, chroninis bronchų kataras su jų išsiplėtimais arba orga-

nizmo mitimo sumenkėjimu, taip pat didelė plaučių emphysema su troškulio priepuoliais, bronchinė astma,—ištyrus ligoninėje.

6. Organinės širdies, jos kryties, aortos ir plaučių arterijos ligos (aneurizmos, aiškiai apsireiškiąs arterijų sklerozas ir t.t.), — ištyrus ligoninėje.

7. Leucaemia, pseudoleucaemia, anaemia perniciosa, haemophylia, organinės kepenų, blužnies, skilvio, žarnų ir kitų pilvo ir dubens organų ligos, jei nuo jų pareina aiškūs šių organų veikimo ir viso organizmo mitimo gilūs sutrikimai, — ištyrus ligoninėje.

8. Adisono liga.

9. Elephantiasis.

10. Lepra.

11. Scleroma respiratorium.

12. Myxoedema, akromegalija.

13. Didelio laipsnio hernia

14. Sunkesnės Bazedovo ligos formos; didelis gūžys, jei jis kliudo drabužius dėvėti.

15 Lupus vulgaris (vistiek kokio laipsnio), mycosis fungoides, mulluscum fibrosum multiplex, pemphigus chronicus, sclerodermia, prurigo, ichtyosis, psoriasis vulgaris ir kitos chroninės odos ligos, jei jos nesiduoda išgydyti arba sukelia sunkius viso organizmo sutrikimus, — ištyrus ligoninėje.

16. Visų tiesiosios žarnos sienelės sluogsnių iškritimas, neišgydomos užpakalinės landos fistulos, taip pat ir fistulos, surištos su kitomis skilvio ir žarnų dalimis; tiesiosios žarnos arba užpakalinės landos susiaurėjimas, taip pat sunkios gemorojo formos su mazgų uždegimu ir kraujo iš jų bėgimu.

17. Chroninės šlapimo takų ligos; inkstų latakėlių ligos; šlapimo pūslės akmenys, navikai ir chroniškas jos uždegimas, šlapimo išleidžiamojo kanalo susiaurėjimas ir priestatinės liaukos apkitimai, jei tai sukelia šlapinimosi sutrikimą, šlapimo takų fistulą, —ištyrus ligoninėj.

18. Sunkūs, pastovūs piktybiniai kiaušiniuko ir sėklinio viržėlio susirgimai (tuberkuliozas, piktybiniai navikai etc.), taip pat gerybiniai, jei jie kliudo vakščioti ir drabužius dėvėti.

19. Visų rūšių ir išsivystymo laipsnių piktybiniai navikai, vistiek kurioje kūno dalyje jie būtų, taip pat ir gerybiniai navikai, jei jie savo didumu kliudo nariams veikti, arba spaudžia kurį nors svarbų organą, arba kliudo dėvėti kepurę, drabužius, avėti avalinę, jei jie negali būti lengvai pašalinami operacija.

20. Limfinių liaukų tuberkuliozas su pūliavimu ir liaukų suirimu.

21. Didelės įsisenėjusios opos ir fistulos, jei jos pareina nuo kaulų rūdijimo ar jų apmirimo.

22. Dideli stuburo sukreivėjimai, taip pat raktakaulio ar šonkaulių sutrumpėjimas arba sukreivėjimas, jei tai apsunkina kvėpavimą ir sukelia kuriuos nors neišgydomus sutrikimus.

23. Arthritis deformans ir podagra su sąnarių ir raumenų apkitimais, sukietėjimais ar pritraukimais ir kitais organiniais padariniais, taip pat nepakankamas didžiųjų sąnarių paslankumas, pareinąs nuo randų, sąnarių galvelių suaugimų ir chroninių sąnarių ligų.

24. Įsisenėję ir pasikartoję išnirimai ir nesugiję perlaužimai su pasidariusiu netikru sąnariu.

25. Vienos plaštakos ar pėdos nustojimas, arba labai apsunkintas jos valdymas, pareinąs nuo chroninių kaulų, sąnarių, raumenų, sausgyslių, nervų ligų.

26. Kojos sutrumpėjimas keturiais ir daugiau centimetrais.

Pastaba. Kojos sutrumpėjimas nuo 2 ligi 4 centimetrų nekliudo tarnauti ne fronto dalyse.

27. Netekimas, suaugimas ir nepaslankumas trijų vienos pirštų arba dviejų, iš jų vieno nykščio, arba abiejų nykščių netekimas, arba nepaslankumas.

28. Nustojimas arba pritraukimas visų vienos kojos, arba šešių abiejų kojų pirštų, taip pat linkę virsti opa pėdos randai, jei tai apsunkina vaikščiojimą.

29. Abiejų akių matymo aštrumo sumažėjimas žemiau 25/50 su korekcija akiniais, jei tai pareina nuo esamų akies dugne ar kitose jos dalyse patologinių procesų, linkusių blogose sąlygose progresuoti ir dar labiau matymo aštrumą silpninti.

Pastaba. Akių ir matymo aštrumo tyrimą turi atlikti specialistas ligoninėje.

30. Matomojo lauko susiaurėjimas daugiau kaip 30^0 iš visų kraštų.

31. Vokų nepakankamumas akies obuoliui uždengti.

32. Vokų išvirtimas, įvirtimas ir netaisyklingas blakstienų augimas akies obuolio pusėn, jei tai palaiko chronišką raginės ir konjunktyvos uždegimą.

33. Vokų konjunktyvos randai, kurie palaiko chronišką raginės arba vokų gleivių plėkšnelės uždegimą.

34. Trachoma su gilia konjunktyvos infiltracija, — ištyrus ligoninėje.

35. Vokų suaugimas vieno su antru, arba nors vienos akies obuoliu, jei tai kliudo matymui arba trukdo akiai judėti.

36. Stemplės susiaurėjimas,—ištyrus ligoninėje.

37. Jei tiriamasis turi kurią nors ligą, nenurodytą šiame sąraše, bet tarnybai kliudančią, arba keletą ligų, kurių kiekviena atskirai nuo tarnybos nepaliuosuoja, bet del jų visų žmogus yra tarnybai netinkamas, tai komisija turi teisės paleisti tiriamąjį nuo tarnybos, vaduodamasi šiuo punktu, aiškiai išdėsčius liudijime ligos apsireiškimus.

H.

Ligos ir kūno trūkumai, kurie nekliudo gydytojams eiti tarnybą pastoviose karo gydomose įstaigose ir kariuomenės ne fronto dalyse.

1. Matymo aštrumo sumažėjimas (su korekcija akiniais) abiejose akyse ne mažiau kaip 25/50, jei tai pareina nuo refrakcijos anomalijų, arba kitų kurių esamų akyse, nors ir pastovių, bet neprogresuojančių apkitimų.

Pastaba. Turį matymo aštrumą dešinėję akyje didesnį kaip 30/50, o kairioje ne mažesnį kaip 1/20, — tinka tarnauti fronto dalyse.

2. Vienos akies aklumas, jei akies obuolys iš oro nėra apkitęs, ir jei antrosios akies matymas yra lygus ar didesnis, kaip pusė normalaus matymo su korekcija.
3. Matomojo lauko susiaurėjimas ne daugiau kaip 30°, pareinąs nuo organinių akies dugno apkitimų.
4. Gūžys, jei jis nekliudo susekti apikaklę.
5. Dažnai pasikartojančios įvairios neuralgijų formos, funkcionaliniai širdies veikimo sutrikimai,—ištyrus ligoninėje.
6. Dalinis tiesiosios žarnos iškritimas, šlapimo išleidžiamojo kanalo ir priestatinės liaukos apkitimai, jei visa tai nepasiekia laipsnio, nurodyto sąrašo G p. p. 16, 18 ir 19.
7. Arterijų sklerozas, — ištyrus ligoninėje.
8. Vidutinio laipsnio mazguotas venų išsiplėtimas.
9. Kojos sutrumpėjimas ligi 4 centimetrų imtinai.
10. Visokios kitos šiame sąraše nepažymėtos ligos ir trūkumai, jei, komisijos nuomone, jos leidžia tarnauti karo gydomose įstaigose ar kariuomenės ne fronto dalyse,—ištyrus ligoninėje ir aprašius ligą ligos liudijime.

Priedas prie 6 ir 8 §§ laikinųjų naujokų šaukimo įstatų 1919 metų rugsėjo mėn. 27 dienos (V. Ž. Nr. 57, eil. Nr. 528) nustoja galios.

Stulginskis
Respublikos Prezidentas.
Ant. Tumėnas
Ministeris Pirmininkas.

IŠ MEDICINOS DRAUGIJŲ GYVENIMO.

I. Kauno Medicinos Draugijos visuot. 1924 m. birželio mėn. 20 d. susirinkimas.

Dalyvauja susirinkime 19 narių ir 5 svečiai.

Pirmininkauja Dr. Staugaitis.

1) Perskaitytas ir patvirtintas paskutinio Draugijos susirinkimo protokolas.

2) Dr. Kanauka demonstruoja ligonį su ectopia vesicae urinariae. Gydymas chirurgiškas.

Dr. Zacharinas praneša, kad yra aprašyta keletas atsitikimų pas moteris, vadinamų extrophia vesicae urinariae; tokios ligonės net galėjo gimdyti. Nurodo į vieną naujesnių gydymo būdų, kada, įsiuvus trigonum Lieutodii į rectum, gaunama geresnių rezultatų, nes yra sfinkteriai, kurie uždaro kelią infekcijai.

3) Prof. E. Vinteleris demonstruoja patologinės anatomijos preparatus:

a) **Carcinoma primarium hepatis.** Pirminės kepenų karcinomos pasitaiko retai, dažniau Japonijoj negu Europoj. Pagal Jamane (Ref. Centralbl. f. allgem. Pathol. 31 t.), iš 2503 sekcijų — 57 kartus. Literatūroje pažymėta pirminės kepenų karcinomos pas mažus vaikus 17 atsitikimų (Mierement. Ref. Centralbl. f. allgem. Pathol. 31 t.). Būna 2 formos: 1) iš kepenų narvelių ir 2) iš tulžies latakėlių epitelio. Skirtumas tarp šitų dviejų formų: 1) iš kepenų narvelių vėžys — liga tęsiasi apie 5 mėn., guzai be bambos, metastazės hematogeniniu keliu, vėžio narveliai sudaro tinklą, gamina tulžį; 2) iš tulžies latakėlių vėžys — liga tęsiasi apie 14 mėn., guzai su bamba, metastazės limfiniu keliu, morfologiškai — adenocarcinoma.

Kliniški gaviniai: Ligonė 29 m., trečią kartą Karo Ligoninėj (buvo 1922, 1923 ir 1924 m.). Gavusi du syk smūgį į kepenas 1919 m.; po to stiprių skausmų priepuoliai; 1922 m. pastebėjusi, kad duobikėj kaž kas auga. Rasta epigastrium'e ir kairiajame hypochondrium'e navikas su nelygiu paviršium. WR teigiama. Du kartu mėginamoji laparatomija. Daryta kepenų punkcija. Punktate rasta didelių narvelių, panašių į karcinomos narvelius. 1924 m. buvo padidintos gl. supraclaviculares, submaxillares ir inguinales. Mirė 1924 m. gegužės mėn., esant širdies silpnumo reiškiniams.

Klin. diagnozė: Adenocarcinoma.

Sekcija (Dr. K. Oželis): Carcinoma prim. hepatis. Metastases venae portae, venae cavae infer., venae renalis sin., atrii d. cordis. Ascites. Nephritis parenchymatosa. Fibromyoma uteri. Kepenų svoris 2876 gram. Frontaliniame pjūvyje per kepenas matomas didelis balzganas apdengtas gleivine mase guzas dešiniojoj skiltyj ir dalinai kairiojoj. Pastarojoj rasta ir mažesnių guzų. Palyginimui parodytas analoginis pjūvis per kitas kepenas iš carc. ventriculi atsitikimo su metastaziniais karcinomos guzais kepenose. Po mikroskopu pirminės karcinomos preparate iš metastazės širdyje matyti netaisyklingų liaukų pavidalo padarų kaipo tuštymų, išklotų netaisyklingos formos epiteliu. Tuštymų tūris nusidažo intesyviai hematoksilinu. Preparatuose iš kepenų naviko, be to, dar matyti tinklo pavidalo kepenų narvelių, sijos, susijungiančios viena su kita. Sijos endoteliu neapklotos ir vietomis susideda iš protoplazminių masių su skaitlingais branduoliais.

Zymiai išreikšta gleivinė narvelių degeneracija. Karcinomos narveliuose tulžies nerasta. Kaimynystėje su vėžiu kepenose aiškus cirozinis procesas su hiperplastiniu tulžies latakėlių ir kepenų narvelių augimu. Toliau cirozinio proceso nesimato, yra tiktai hiperemijos ir suspaudimo reiškinių.

Į klausimą, kaip aiškinti teigiama WR, prof. Vinteleris atsako:

Kadangi WR buvo teigiama, tai, gali būti, minėtas cirozinis procesas buvo sifilinės kilmės ir hiperplastinių tulžies latakėlių augimas galėjo pereiti į atipišką neoplastinį augimą. Taipogi negalima atstumti ir tokios minties, kad kepenų vėžys išaugo ant atskilusių embrioninių narvelių pagrindo.

b) **Šlaunies sarcoma.** Šlaunikaulio sarkoma dažnai esti dviejų formų: 1) periostinės sarkomos, 2) myelogeninės. Demonstruojamas atsitikimas reikia priskirti prie myelogeninių sarkomų.

Kliniški gaviniai. Kariškis 23 m. 1923 m. po Velykų pradėjusi skaudėti koja po to. kai užsiėmimų metu (klupščiomis šaudant) kryptelėjusi. Vaikščiojęs truputį šlubuodamas. Po 2—3 savaičių kelis pradėjęs tinti ir smarkiai skaudėti. Pragulėtęs 7 dienas Kybartuose. Gegužės 27 d. atsiųstas Karo Ligoninėn. Pats užlipo, nors sunkiai, į antrąjį aukštą laptais. Ligoninėje rasta gana stiprus kelies patinimas. Koja buvo ištempta. Ji labai skaudėjo, vaikščioti nebegalėjo. Rentgeno nuotraukoje buvo matyti: procesas išoriniame kairiojo šlaunikaulio krumplyje, kuris pereina į minkštąsias dalis. Plaučiuose aiškus iškvėpimas.

Klin. diagnozė: Sarcoma.

1923 m. rugpiūčio 10 d. šlaunies amputacija viršutiniame trečiadalyje. Po operacijos ligonis žymiai pasitaisė. Lapkričio mėn. sunkumas krūtinėje, kosulys su krauju. Rentgenograma parodė plaučiuose ir hylus'e apskritų tamsių dėmiu (2 kap. dydžio). Pailgintas bronchinis iškvėpimas ir pribukimai. Antra rentgenograma gruodžio 31 d. parodė žymų dėmių padidėjimą! 1924 m. sausio mėn. ligonis mirė esant sunkios dyspnoe reiškiniams.

Sekcija (Dr. K. Oželis): Sarcoma metastatica pulmonum. Pericarditis haemorrhagica acuta. Hypertrofia cordis. Synechiae pleurarum. Hyperplasia follicul. lienis. Hepar muscatum. Oedema pulmonum. Mikroskopiniai kelies ir plaučių preparatai: Mikroskopiniame kelies preparate, padarius pjūvį, matyti, kad išoriniame kairiajame krumplyje yra balzgana naviko masė, peraugusi per kaulą ir perėjusi į minkštąsias šlaunies dalis, tokiu būdu susidaro iš sarkomos peraugimo didelis tuštumas minkštose dalyse nelygiomis sienomis, nudažytomis rausvai oranžine (gelsva) spalva nuo kraujo pigmento. Mikroskopiškai rasta: krumplyje tuštymo sienose ir šlaunikaulio gale naviko narveliai, susidedą iš didelių fibroblasto pavidalo ir apskritų didelių, gigantiškų ir polimorfinių narvelių. Gigantiški narveliai dažnai parodo myelopliakso (kaulų smegenų gigantiškų narvelių) tipą. Be šitų naviko narvelių, yra nors ir nevisur, stroma iš hyalininio osteoidinio pavidalo audinio. Plaučiuose dideli balzgani guzai, tvirtokos konsistencijos, vietomis su degeneracijos ir nekrozės reiškiniais. Mikroskopiškai tas pats reginys: polimorfiniai sarkomos narveliai su hyalinine stroma.

4) Naujų narių priėmimas. Kandidatai: prof. Landau (rekomenduoja dr. Oželis ir prof. Vinteleris), dr. Medemas (rekomenduoja dr. Viršila ir prof. Jurgeliūnas) ir dr. Kenstavičius (rekomenduoja dr. M. Nasvytis ir dr. Matulevičius). Slaptai balsuojant prof. Landau ir dr. Kenstavičius išrenkami vienu balsu, dr. Medemas dauguma prieš du.

5) Einamieji reikalai. Pirmininkas praneša, kad yra gauti pakvietimai dalyvauti Estijos vokiečių gydytojų suvažiavime, o taipogi 3 jame Lietuvos Gydytojų Suvažiavime, ir kviečia narius ruošti pranešimus.

Pirmininkas informuoja apie sutarties sudarymą su Medicinos Fakultetu laikraščiui „Medicinai" leisti; atstovais nuo K. Med. D-jos yra dr. Staugaitis ir dr. M. Nasvytis.

K. Med. D-jos Valdyba.

II. Kauno Medicinos Draugijos 1924 m. liepos mėn. 4 d. visuot. susirinkimo protokolas.

Susirinkime dalyvauja 21 narys gydytojas ir 7 svečiai (prof. Buinevičius, dr. Lazersonas su žmona, dr. Baktys ir 3 studentai).

Pirmininkauja dr. J. Staugaitis.

1. Paskutinio Kauno Medicinos Dr jos visuot. susirinkimo protokolas skaitomas ir be pakeitimų tvirtinamas.

2. Ligonių demonstracija. a) Doc. Dr. Mažylis demonstruoja moteriškę su kūdikiu, pasveikusią po operacijos dėliai graviditas extrauterina (intraabdominalis). Ta moteriškė paskutinį kartą turėjusi mėnesines 1923 m. spalių mėn. 20 d. Akušerijos klinikoje ji teko ištirti pirmą kartą vasario mėn. pabaigoje. Tuomet uterus buvo tokio didumo, kaip 6 savaičių nėščios. Iš kairiosios uteri pusės rasta naujagimio vaiko galvos didumo tumor, ankštai surištas su uterus ir mažai paslankus; jis diagnozuotas kaip cysta. Birželio mėn. 20 d. ligonė vėl buvo patekusi į akušerijos kliniką su ileus'o reiškiniais (meteorizmas, vidurių užturėjimas). Uterus šį kartą rastas daugiau kairiojoje pusėje ir toje pačioje pusėje tas pats tumor, to pačio didumo, kaip pirmą kartą buvo pastebėtas, tik minkštesnis. Be to, pilve dešiniojoj pusėje kepenų kriptyje rasta vaiko galvytė ir per skliautą apčiuopta kojytė. Neštumas buvęs 7 mėn. Ligonė, nepanorėjusi laukti klinikoje numatytos operacijos, grįžo namon ir po 4 savaičių vėl atvažiavo į kliniką, žymiai sunykusi.

Ligonės pilvo apimtis buvo padidėjusi. Kūdikio padėtis deš. pilvo pusėje ta pati. Ligonė turėdavo žymius skausmus, vaikui pradėjus judėti pilve. Ligi neštumo pabaigos truko dar 6 savaičių.

Daryta operacija. Padarius medial. linijoje laporatomia, tuojau pasirodė vaiko kojytė, nepadengta plėvėmis. Nupiovus perrištą virkštelę, vaikas išimtas. Placentos guolis apėmęs visą kairiąją tubą. Peritoneum'o ir žarnų suaugimų nedaug. Perrišus indus, pašalinta tuba su placenta. Reikėjo pašalinti taip gi ir pakitusi dešinioji tuba. Žaizda užsiūta. Ligonė dabar (6-tą dieną) demonstruojama, kaip sugijusi per primam. Pas vaiką yra mažos anomalijos: deformuoti ausies grybeliai ir nedidelis vienos kojos pes varus.

Literatūros daviniais, ligi 1914 m. panašiais atsitikimais gyvas vaikas ir gyva motina buvę tik $5^{0}/_{0}$; paskiau tas nuošimtis padidėjo. Daugiau tokių atsitikimų pasitaiko Anglijoje ir Amerikoje, kur yra nusistatę daugiau laukti neštumo galo; tuo tarpu Vokiečiuose vyrauja nusistatymas ankščiau pašalinti vaisių. Išimti vaikai esti menkos vertės, nes $60^{0}/_{0}$ jų esti deformuotų.

b) Dr. Zacharinas demonstruoja 50 metų ligonį, susirgusį prieš 6 mėn. carcinoma laryngis ir atvykusį į Ligoninę su aphonia. Ligoniui prieš 1 mėn. V. Kauno Ligoninėje buvo daryta extirpatio laryngis totalis (preparatą demonstravo prof. Boit'as praeitame K. Med. Dr-jos posėdyje). Dabar ligonis yra pasveikęs, jam yra pribuvę 5 klgr. svorio, kalba be fonacijos aparato taip, kad jau galima jis suprasti. Pranešėjas prisimena dar vieną atsitikimą Berlyne, kur kunigas po extirpacijos laryngis galėjęs sakyti pamokslus.

c) Dr. Vl. Kuzma demonstruoja tuberkuliozinio inksto preparatą, pašalintą iš visiškai sunykusios, daugiau kaip metus sergančios, moteriškės, turinčios hektišką temperatūrą. To didelio naviko, kuris buvo apčiuopiamas kairiajame šone, tikra diagnozė pastatyta cystoskopijos pagalba. Visas pašalintasis inkstas yra virtęs į plonų sienų pyogenišką maišą, pripildytų kazeozinių ir stipriai dvokiančių pūlių. Tas maišas, pūlių neišleidžiant, išdalintas iš suaugimų su peritoneum'u. Ligonė, neseniai po operacijos, sveiksta. Pranešėjas nurodo del inkstų tuberkuliozės į žymesnių autorių straipsnių savo referatus, atspausdintus „Medicinos“ 6—7 num.

3. Tvirtinimas sutarties su Medicinos Fak-tu „Medicinos“ laikraščio leidimo klausimu. Sutartį tiekia tvirtinti dr. J. Staugaitis. Einant ta sutartimi Medicinos Fakultetas įeis į laikraščio leidėjus ir turės duoti „Medicinai“ leisti kas mėnesį po 1000 litų. Sutartis įgija galios, Švietimo Ministeriui ir Valstybės Kontrolieriui ją patvirtinus. Be to, dr. Staugaitis nurodo į tuos laikraščio patobulinimus, kurie sektų, pradėjus sutarti vykdyti.

Po kelių paklausimų ir paaiškinimų dėl atskirų sutarties paragrafų sutartis vienu balsu priimta.

4. Dr. Epšteinas skaito pranešimą „Gydytojų vaidmuo ligonių kasų medicinoje sąryšyje su artimiausiomis perspektyvomis „Lietuvoje". (Pranešimas atspausdintas „Medicinos" Nr. 6—7).

Debatai del pranešimo nutarta atidėti sekamam posėdžiui.

5. Dro Kanaukos pranešimas „Immuno-biologinė" tuberkuliozės terapija sulig Pondorf'o metode", dėliai vėlaus laiko atidedamas kitam posėdžiui.

Kauno Med. Dr jos Valdyba.

Bibliografija.

„Veterinarija ir Zootechnika" Nr. 1 (Rugpiūčio mėn.). Yra tai naujas iliustruotas mėnesinis laikraštis, leidžiamas L. Veterinarijos Gydytojų Sąjungos Valdybos ir skiriamas mokslo ir praktikos veterinarijos ir gyvulininkystės reikalams. Redakcijos adresas: Kaunas, Kęstučio g. Nr. 15, kamb. 65, tel. 709. Numeryje 64 p. in 8^0; kaina metams 12 litų, atskiro numerio — 2 litu.

Šiame numeryj atspaudinta šie straipsniai: 1) v. g. K. Aleksos — Laikraštį beleidžiant; 2) v. g. V. Tvarijanačiaus — Chunčuno stotis kovai su galvijų maru; 3) v. g. J. Bielkevičiaus — Intrapalpebralė maleinizacija; 4) v. g. P. Mirono — Diegliai; 5) doc. v. g. Z. Mockaus — Gyvulininkystės priešai ir kai kurie jos defektai; 6) Mikų Dėdės — Mūsų gyvulių pagerinimo klausimu; 7) v. g. K. Sokolskio — Ipodromo atidengimas Kaune; 8) v. g. K. Žakevičiaus — Trichinozas Lietuvoje; 9) v. g. J. Motiejūno — Eržilų kastracija „ant stačio"; 10) Mikų Dėdės — Žemaičių veislės arklių paroda; ir dar keletas smulkesnių straipsnelių ir gana įdomi kronika.

Vieni straipsniai specialaus turinio ir skiriami vien tik veterinarijos gydytojams; bet yra nemaža populiariškai parašytų straipsnių, tinkamų plačiajai visuomenei.

Laikraštis atrodo esąs rimtas ir naudingas ir todėl vertas moralės ir medžiaginės paramos. Lietuvoje veter. gydytojų yra maža ir todel laikraštis be visuomenės, o ypačiai valdžios paramos negalės išsilaikyti.

„Medicinos" Redakcija sveikina naujai pasirodžiusį laikraštį ir linki jam kuogeriausios kloties. *J. St.*

Krašto Aps. Min-jos mediciniškojo turinio leidiniai.

Š. m. liepos mėn. Kaune buvo **Kr. Aps. Min-jos Literatūros Skyriaus paroda**, kurioje teko matyti šios mediciniškojo turinio knygos:

1) **Laikinas Sanitarinis Statutas.** 1919 m. 20 p. in 16^0.

2) **Sąrašai ligų ir kūnų trūkumų, kurie pavaduoja nuo tarnavimo kariuomenėje.** 1919 m. 22 p. in 16⁰.

3) **Azijos cholera.** Paruošė Sanit. Sk. 1919 m. 12 p. in 16⁰.

4) *D-ras As-nė.* **Lyties ligos.** 1919 m. 22 in 16⁰.

5) „ „ „ **Limpamosios ligos.** 1919 m. 18 p. in 16⁰.

6) *A. I. Baranov.* **Chirurgija.** (Vadovėlis kuopų felčeriams ir felčerių mokiniams). 1921 m. 96 p. in 8⁰.

7) *A. I. Baranov.* **Anatomija ir fiziologija.** (Vadovėlis sanitar. puskarininkams). Vertė Dr. J. Brundza. 1922 m. 78 p. in 8⁰.

8) *A. I. Baranov.* **Vidaus, akių ir ausų ligos.** (Vadovėlis sanitar. puskarininkams). 1921 m. 48 p. in 8⁰.

9) *A. I. Baranov.* **Veneros ir odos ligos.** (Vadovėlis sanitar. puskarininkams). 1921 m. 20 p. in 8⁰.

19) *A. I. Baranov.* **Ligonių slauginimas.** (Vadovėlis sanitar. puskarininkams). 1921 m. 40 p. in 8⁰.

11) *A. I. Baranov.* **Receptūra, farmakologija ir lotynų kalba** (Vadovėlis sanitar. puskarininkams). 1921 m. 78 p. in 8⁰.

12) *A. I. Baranov.* **Igiena** (Vadovėlis sanitar. puskarininkams). 1921. m. 26 p. in 8⁰.

13) *Dr. Al. Fuksas.* **Venerinės ligos.** 1921 m. 30 p. in 16⁰.

14) **Dezinfekcijos taisvklės.** 1922 m. 24 p. in 16⁰.

15) **Kariuomenės tiekimas, Sanitarija ir Veterinarija** (Sistematiz. rinkinys įsakymų, įstatymų ir taisyklių, išleistų kariuomenei iki 1922 m. I. 1 d.). Paruošė karo val. V. Augustauskas ir V. Tarasevičius. 1923 m. 750 p. in 8⁰ (Sanitarija ir Veterinarija nuo 595 iki 692 pusl.).

16) *Dr. Skladkovski.* **Karo higienos vadovėlis karininkų ir karo mokyklų mokiniams.** Sulietuvino gyd. kap. Petraitis. 1923 m. 142 p. m. 8⁰

17) *Gyd. kap. Petraitis.* **Populiarės higienos paskaitos** (spaudoje).

18) **Nurodymai sergantiems sifiliu ir triperiu.** (K. Sanit. Sk. leid.). 1921 m. 8 p. in 16⁰.

19) **Ką kiekvienas kareivis privalo žinoti apie vidurių šiltinę ir kruvinąją.** (K. Sanit. Sk. leid.). 1921 m. 4 p. in 8⁰.

20) *Kar. Dineika.* **Nurodymai kaip stiprinti sveikatą.** 1924 m. 28 p. in 16⁰. *J. St.*

Lietuvos Gydytojams.

3-sis Lietuvos Gydytojų Suvažiavimas įvyks Kaune paskirtu laiku, būtent, š. m. spalių mėn. 2—4 d. Suvažiavimo atidarymas bus š. m. spalių mėn. 2 d. lygiai 17 val. Liet. Universiteto salėjė (Duonelaičio ir Mickevičiaus gatvių kampas).

Be 5 pranešimų, paskelbtų „Medicinos“ Nr. 6—7 (p. 542), yra pareiškę noro padaryti pranešimus dar šie gydytojai:

Prof. P. Avižonis. Galvos skausmai ir akių ligos.

Dr. V. Bagdonas. Apie farmacijos reikalų tvarkymą Lietuvoje.

Dr. Ch. Finkelšteinas. Lupus vulgaris Lietuvoje. Etiologijos ir terapijos klausimu.

Dr. V. A. Gusevas. Plastinių kylų uždengimas.

Prof. A. Jurgeliūnas ir Dr C. Ravensbergas. Helmintologiniai tyrimai pas pradžios mokyklų mokinius Kaune.

Dr. Pov. Kairiūkštis. Dabartinis proteinoterapijos (resp. jaudinimo terapijos) stovis.

Dr. Vl. Kairiukštis. Plaučių džiova Lietuvoje.

Dr. L. Kaganas. Mūsų dabartinės pažiūros į tuberkuliozės etiologiją ir socialinė-medicinos kova su ja.

Dr. P. Kalvaitytė. Kaulų džiovos rentgenodiagnostika ir terapija.

Dr. V. Kanauka. Indikacijos operaciniam sąnarių tuberkuliozės gydymui.

Dr. Al. Petrikas. Endocarditis lenta.

Dr. Slavėnas. Apie sveikatos reikalų tvarkymą.

Dr. Pr. Vaiciuška. Bruožai iš Letuvos visuomenės patologijos bei terapijos.

Dr. Pr. Vaiciuška. Kepenų vėžys Kauno ligoninėse.

Pranešimai dar primami.

Pranešimams skiriama ne daugiau kaip 30 min., dalyviams diskusijose ne daugiau kaip 5 min.

Kviečiami dalyvauti Suvažiavime visi Lietuvos gydytojai. Laukiama atvykstant į Suvažiavimą ir Klaipėdos Krašto gydytojų, kurie irgi pakviesti.

Pareiškusiems iš anksto noro raštu Vykdomasis Komitetas pasižada parūpinti butus.

Suvažiavimo metu šaukiamas **„Liet. Gydytojų Sąjungos“** *steigiamasis susirinkimas*, į kurį visos gydytojų draugijos, turinčios profesinių tikslų, privalo atsiųsti atatinkamą skaičių atstovų (iki 10 narių — 1 atst., nuo 11 iki 25 narių — 2 atst., nuo 26 iki 40 narių — 3 atst., nuo 41 iki 55 narių — 4 atst., nuo 56 iki 70 narių — 5 atstovus ir t. t.)

Be to suvažiavimo metu įvyks **„Lietuvos Gydytojų Savišalpos Kasos“** *steigiamasis susirinkimas.*

Suvažiavimo metu numatoma aplankymas L. Univ-to Medicinos Fak-to įstaigų, Kauno ligoninių, muziejų etc.

Suvažiavimo išlaidoms padengti ir Suvažiavimo darbams atspausdinti Suvažiavimo dalyviams nustatomas mokesnis 20 litų. Užsimokėjusieji šį mokesnį Suvažiavimo darbus gaus nemokamai.

Visais Suvažiavimo reikalais prašoma kreiptis į Vykdomojo Komiteto pirmininką Dr. J. Staugaitį (Kaunas, V. Kauno Lig ė, Gardino g-vė Nr. 67, tel. 1041).

Vykdomasis Komitetas.

Kronika.

Nekrologai.

× Mirė: 1) William Mac Ewen, prof. chirurgijos Glazgo, 76 m. — 2) L. Emmet Hott, garsus Amerikos pediatras, Pekine. — 3) Leopol Réthi, prof. laringologijos Vienoje, 66 m. — 4) L. de Beurmann, žinomas dermatologas Paryžiuje. — 5) Richard Paltauf, prof. patol. anat. Vienoje, 66 m. — 6) Bruno Bandelier, žinomas ftiziatras, Schemberge, 53 m.—7) C. H. Stratz, žinomas moterų ir vaikų organizmo morfologiškų savybių tyrinėtojas, Haagoje. — 8) John D. Rockfeller, Rokfelerio fondo steigėjas, Niu-Jorke. — 9) A. Neuschuler, prof. oftalmologijos Ryme. — 10) Dr. Rondelli, žinomas savo darbais apie pasiutimą, Turine. — 11) E. Schlesinger, žinomas virškin. trakto ligų specialistas ir rentgenologas, Berlyne. — 12) P. Hackenbruch, prof. chirurgijos, Visbadene. — 13) R. W. Lovett, prof. ortoped. chirurgijos, Liverpulyje. — 14) Rob. Kennedy, prof. chirurgijos, Glazgove.

Medicinos aukštasis mokslas.

× Doc. dr. J. Blažys, išrinktas nervų ir psichiatrijos katedros su klinika vedėju, jau atvyko Kaunan ir pradėjo eiti savo naujas pareigas.

× Dr. Viršila ir šiais mokslo metais Medicinos fak-to Tarybos pakviestas dėstyti Teisių fak-to studentams teismo mediciną lektoriaus teisėmis.

× Privat-docentas. Med. dr Vaičiuška įteikė Medicinos Fak-to Tarybai prašymą leisti jam skaityti infekcinių ligų kursą privat-docento teisėmis.

× Einant L. Univ to Statuto 22 §-o 1-ąja pastaba, šiomis dienomis į Medicinos Fak-to Tarybą bus parinkta du atstovu nuo jaunesniojo personalo.

× Dr. Stančiui, vasaros metu dirbusiam Vienos odontolog. klinikose, pavesta laikinai eiti dentiatrijos ir stomatologijos klinikos vedėjo pareigas.

× Dr. Sterberg, iš Berlyno, yra pasiūlęs Medicinos fak-tui skaityti Kaune kelių dienų praktišką oesophagoskopijos, cardioskopijos ir gastroskopijos kursą jo paties išrasta metode.

× Odontologijos skyriui, pagaliau, pavyko išgauti Ministerių Kabineto pavesti butai Laisvės Al. Nr. 12, kur seniau buvo Karo Literatūros skyrius, bet, deja, ne visi. Du kambariu užima armijos kapelionas, kuris neketina juos paliuosuoti. Gautieji butai jau pradėta remontuoti.

× Medicinos fak-to nauji studentai. Ikišiol yra paduota iš viso 169 prašymai, naujai norinčių stoti į Medicinos fak-to įvairius skyrius. Iš jų priimta: 1) į Medicinos skyrių — 43 studentai (jų tarpe du į V kursą) ir 1 laisvasis klausytojas; 2) į Odontogijos skyrių — 11 studentų ir 1 laisvasis klausytojas; 3) į Veterinarijos skyrių — 3 studentai; 4) į Farmacijos skyrių — 2 studentai ir 1 laisv. klausytojas.

Iš norinčių stoti į Medicinos fak-tą 61 buvo paskirta laikyti tam tikroje komisijoje egzamenai iš lietuvių kalbos. Iš 22 laikusių išlaikė egzameną 10.

× Sukaktuvės. Genujoje šiais metais iškilmingai buvo apvaikščiojama jubilejus senyvo prof. Maragliano, kuris per 43 metus užima vidaus ligų katedrą ir kuris yra pasižymėjęs, kaipo žymus kovotojas prieš tbc.

Š. m. gruodžio mėn. sueis 50 metų sukaktuvės mokslo-pedagogiškajam prof. V. J. Danilevskio veikimui ir 40 metų — prof. N. P. Trinkler'io.

× Koloidal. chemijos ir fizikos Institutas (Grahaminstitut) iškilmingai atidarytas Mančestere š. m. I - 23 d.

× Naujas Universitetas įsteigtas Milane, Italijoje.

× Fiziologijos premiją Bolonjės Mokslų Akademija paskyrė prof. Loewi (Gratz) už darbą apie širdies nervus.

× Eksperim. rentgenologijos Institutas. Werner - Siemes'o eksperimentinės rentgenologijos Institutas tapo atidarytas š. m. kovo mėn. prie Moabitų ligoninės Berlyne. Institutas aptarnauja ir ligoninę. R-diagnostikai Institutas turi 3 kambarius tyrinėjimams ir 1 — tamsų. R-terapijai turi 5 švitinimo vietas. Be to, turi Rentgeno laboratoriją moksliškiems tyrimams, laboratorijas histologiškiems ir mikroskopiškiems tyrimams, kambarius gydytojams ir technikams ir salę demonstracijoms ir pranešimams. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntg. Bd. XXXII, H. $^1/_2$).

Susivažiavimai, susirinkimai, draugijos ir parodos.

× II Tarptautinis lyginamosios patologijos kongresas Ryme nukeltas į spalių mėn.

× I Tarptautinis Oto-rhino-laryngologinis kongresas Kopenhagoje, paskirtas 1925 m., atidėtas.

× Vok. Urologų Draugijos suvažiavimas įvyks Berlyne, spalių 1—4 d.

× Kongresas eugenikos klausimais įvyks š. m. rugsėjo mėn. 20—23 d., Milane, pirmininkaujant prof. Pestalozza.

× Vok. neuropatologų Dr-jos suvažiavimas įvyks š. m. rugsėjo mėn. 24—26 d., Insbruke. Pranešimai: 1) Įgimtieji nervų sistemos susirgimai (Kehrer, Schaffer); 2) Dabartinės pakraipos klinik. psichiatrijoje (Bumke, Kleist).

× Vok. pediatrų suvažiavimas įvyks š. m. rugsėjo 18—20 d., Insbruke. Pranešimai: 1) Tuberkuliozės imunobiologija (Bessau); 2) Vaikų tuberkuliozės patol. anatomija (Koch);

3) Vaikų tuberkuliozės klinika (Engel); 4) Krūtinės vidaus organų rentgenologija esant vaikų tuberkuliozei (Wimberger); 5) Pilvo vidaus organų rentgenologija esant vaikų tuberkuliozei (Ruprecht).

× Vok. epidemiologų Dr-jos suvažiavimas įvyks š. m. rugsėjo 23—26 d., Insbruke.

× Chirurgų kongresas Paryžiuje, įvyks spalių 6—11 d., pirmininkaujant prof. Tuffier'ui. Pranešimai: 1) Uždari šlaunies lūžimai ir tolimesni jų gydymo rezultatai (Dujarier, Imbert); 2) Indikacijos chirurginiam gydymui gimdos fibromų (Labey, Tixier); 3) Prieš - ir pooperacinis gastrointestinalinės srities gydymas chirurgijoje (Lumbert, Lardenois).

× Pediatrų kongresas Paryžiuje įvyks š. m. rugsėjo 29 d. — spalių 1 d. Pranešimai: 1) Rachito etiologija ir patogenezė (Léoné); 2 Vaikų sifilio profilaktika ir terapija (Tixier); 3) Vaikų pūlingojo pleurito gydymas (Ribadeau, Dumas ir Rocher).

× Oto-rhino-laryngologų kongresas Paryžiuje įvyks š. m. spalių 15—18 d., pirmininkaujant prof. Jacques (Nancy).

× Stomatologijos kongresas Paryžiuje įvyks š. m. spalių 20—25 d.

× Tarptautinis medicinos ir farmacijos kongresas Paryžiuje įvyks 1925 balandžio 20—25 d.

× Kongresas psichiatrų ir neuropatologų Prancūzijos ir šalių, prancūziškai kalbančių, įvyko Briusselyje š. m. rugpiūčio mėn. 1—7 d.

× Blogybinių navikų dažnumas. Viename Berlyno Med. Dr-jos posėdyje prof. Lubarsch'as padarė pranešimą apie blogybinių navikų dažnumą. Iš 992.350 mirusiųjų Vokietijoje: 52.000 atsitikimais (t. y. 5,6$^0/_0$) būnąs vėžys, 5.000 atsitikimais (t. y. 0,6$^0/_0$) būną kiti blogybiniai navikai. Skrodžiant gi randama dukart daugiau blogibinių navikų. Diagnozinės klaidos būvusios 8$^0/_0$ esant išorinių organų karcinomoms, 32$^0/_0$ — esant vidujinių organų karcinomoms, 44$^0/_0$ — esant vidujinių organų sarkomoms. Virškinamojo trakto vėžys atsitinkąs pas vyrus dukart dažniau negu pas moteris; kepenų, tulžies pūslės ir pancreas vėžys pas moteris atsitinkąs du kart dažniau negu pas vyrus; lyties organų vėžys — pas moteris 6 kart dažniau negu pas vyrus.

× Jaščuro antkrytis. Berlyno Mikrobiolog. Dr-jos posėdyje š m. IV/27 d. prof. Frosch ir Dr. Dahmen padarė pranešimą apie jų atrastą jaščuro antkrytį, kuris turi pavidalą lazdelytės, augančios skystose ir kietose maitinamose medžiagose. Infekuoti šia lazdelyte gyvuliai apserga jaščuru ir įgyja pastovų imunitetą šiai ligai.

× Prie Tautų Sąjungos Higienos sekcijos organizuota tarptautinė komisija kovai su maliarija.

Draugijos kovai su tuberkulioze darbuotė.

Draugijos kovai su tuberkulioze Steigiamasis susirinkimas įvyko š. m. liepos mėn. 31 d.

Draugijos Valdybon išrinkti: Dr. K. Grinius, dr. P. Kairiūkštis, prof. A. Jurgeliūnas, dr. J. Marcinkus, dr. L. Kaganas, dr. L. Finkelšteinas ir dr. L. Epšteinas. Jiems pavaduotojais išrinkti: p. S. Valentinavičienė, dr. Šmukleris ir dr. J. Staugaitis.

Revizijos Komisijon pateko: p. P. Jagminas, prov. A. Gerdvilis ir dr. V. Lazersonas.

I Valdybos posėdis. Pasibaigus Steigiamajam Susirinkimui, išrinktoji Valdyba padarė I-ąjį savo posėdį, kuriame pasiskirstė pareigas taip: Dr. K. Grinius — pirmininkas, dr. P. Kairiukštis — 1 vice-pirmininkas, prof. A. Jurgeliūnas — 2 vice-pirmininkas, dr. J. Marcinkus — sekretorius, dr. L. Kaganas — iždininkas, dr. L. Finkelšteinas ir dr. Epšteinas — Valdybos nariai.

Be to, nutarta Valdybai rinktis kas savaitę penktadieniais 20 val. Miesto Centralinėj Ambulatorijoj (Laisvės Al. Nr. 12). Valdybos posėdžiai vieši.

II Valdybos posėdis (VIII 8 d.). Nutarimai: 1) Draugijos lėšoms padidinti, nutarta rūpintis surengti koncertas-vakaras; 2) pavesta Valdybos kasininkui parūpinti čekų knygelių, kuriomis galima būtų nario mokesniai rinkti; 3) artimiausioje ateityje stengtis išleisti lietuvių kalba brošiurą apie tuberkuliozę; 4) daryti pastangų, kad laikraščių redakcijos noriau dėtų straipsnius apie tuberkuliozę; 5) paruošti sakamam posėdžiui būsimų Dr-jos skyrių statutą; 6) prašyti Kauno m. Valdybos, kad išsiuntinėtų visiems Kauno gydytojams paraginimus siųsti pranešimus apie kiekvieną pranešimą tbc. dispanserui.

III Valdybos posėdis (VIII 22 d.). Nutarimai: 1) Apsvarstyta ir priimta Dr-jos skyrių statutas; 2) nutarta tartis su kurio nors kino savininku del demonstravimo prieštuberkuliozinių filmų.

IV Valdybos posėdis (VIII 29 d.). Nutarimai: 1) Kino filmų klausimą pavesti studijuoti d-rui P. Kairiukščiui; 2) rekomenduoti džiovininkams amerikoniško tipo spiaudyklę „Asta“; 3) Dr-jos kovai su tbc. tikslams populiarizuoti, nutarta pradėti dar šįmet rengtis prie ateinančių metų Ž. Ū. ir Pramonės Parodos, būtent, pradėti rinkti plakatus, muliažus, spausdinius, ir visa kas rodytų, kokios priemonės vartojamos kovai su tbc.; 4) pasiūlyti III-jam Liet. Gydytojų Suvažiavimui sekančioj Ž. Ū. ir Pr. parodoje suruošti Higijenos parodą; 5) prašyti d-ro L. Kagano, kad padarytų L. Gyd. Suvažiavime pranešimą apie kovą su tbc; 6) tuberkuliozės % sužinoti, nutarta kurio nors vieno kaimo visų gyventojų sveikata patikrinti; tą pat atlikti mokyklose, prieglaudose, armijos dalyse, pasinaudoti naujokų ėmimo komisijų daviniais.

× L. Gydytojų Sąjungos ir L. Gyd. Savišalpos kasos steigiamieji susirinkimai, Vykdomojo Komiteto nutarimu, šaukiami III Liet. Gydytojų Suvažiavimo metu.

Gydytojų reikalai.

× „Lietuvos Medicinos, Veterinarijos ir Farmacijos personalo ir įstaigų sąrašas" jau atspausdintas ir kartu su „Medicinos" Nr. 8—9 bus išsiuntinėtas tiems „Medicinos" skaitytojams, kurie yra užsimokėję prenumeratą už visus 1924 metus. Kiti „Medicinos" skaitytojai gaus šį sąrašą tik tada, kai bus atsilyginę už šiuos metus.

× Dr. Rudis atsisakė būti Joniškėlio lig-ės vedėju ir kol kas apsigyveno savo tėviškėj.

× Reikalingi gydytojai: 1) gyd. psichiatras Tauragės Psichiatrinei Lig-ei vesti (kreiptis į Sveikatos Dep-tą); 2) Joniškėlio Sav-ės Lig-ei vesti (kreiptis į Biržų - Pasvalio apskr. Valdybą); 3) akių ligų specialistas Utenos Apskr. Savivaldybės ligoninei (kreiptis į Utenos Apskr. Valdybą); 4) į Baisogalą, Kėdainių apskr.; 5) į Kamajus, Rokiškio apskr.; 6) į Musninkus, Vilkmergės apskr. (Valsčiaus V-ba duodanti 1200 lt. subsidijos, „Žydų Taryba butą); 7) į Vyžonų miestelį, Utenos apskr.

× Dr. J. Kairiukštis, atsisakius doc. d-rui J. Blažiui ir išsikrausčius į Kauną, paskirtas laikinai eiti Tauragės Psichiatrinės Lig-ės vedėjo pareigas.

× Latvijoje gydytojų šiuo metu yra 813, kurių 548 gyvena miestuose ir 265 kaimuose.

× Naujas gydytojas lietuvis. Pensilvanijos Un-te medicinos mokslą šiemet baigė Dr. V. C. Daraševičius.

× Dr. K. Gurauskas, pasiliuosavęs iš kariuomenės, apsigyveno Skuode (Kretingos apskr.).

× Dr. J. Nemeikša paskirtas Alytaus įgulos ligoninės vyr. gydytoju, vietoje pasiliuosavusio iš kariuomenės d-ro Gurausko.

× Dr. J. Žemgulys savo bute (Kaunas, Gardino g-vė Nr. 57) įsitaisė Rentgeno kabinetą.

Sveikatos reikalai

× Psichiatrinė Ligoninė iš Tauragės manoma perkelti į Kalvariją (buv. Suv. gub.) ir patalpinti kareivinėse, kurių remontas tuo tikslu jau yra prasidėjęs. Tauragėje paliuosuojamuose rūmuose manoma atidaryti Veneros ligų ligoninė. Į paliuosuojamus Tauragėj ps. lig. rūmus pretenduoja — Apskr. V-ba, norėdama ten patalpinti apskrities ligoninę, ir Taur. miesto Taryba, norėdama ten patalpinti esamas ir manomas steigti mokyklas.

× Naujos gailesting. seserys. Nesenai išlaikė egzaminus ir gavo karo laiko gailest. sesers pažymėjimus: Stasė Milašauskaitė, Ona Staševičaitė ir Elena Uldrikaitė.

× Kauno M. Valdybos Medicinos ir sanitarijos Skyriaus 1924 m. balandžio, gegužės, birželio ir liepos mėn. yra nuveikta:

	Balandžio mėn.	Gegužės mėn.	Birželio mėn.	Liepos mėn.
I. Miesto sanitarija.				
1) Sanitarinių medic. apžiūrėjimų	3122	3249	3083	2351
2) Sanitarinių veterinar. apžiūrėjimų	52	61	65	28
3) Pabaudų uždėta	18	22	35	13
4) Pagauta šunų	—	72	46	59
II. Gydymas.				
A. *Penkiose rajoninėse ambulatorijose.*				
1) Apsilankymų ambulatorijose	2989	2692	1575	1041
2) Apsilankymų pas ligonius į namus	330	245	241	273
B. *Centralinėje ambulatorijoje.*				
3) Apsilankymų akių skyriuje	1604	2065	1116	1546
4) Ausų, nosies ir gerklės skyriuje	627	738	513	511
5) Dantų skyriuje	223	278	114	209
C. *Limpamosios ligos ir ligonių transportas.*				
1) Limpamomis ligomis susirgimų	32	25	12	19
2) Patalpinta į ligonines ligonių miesto lėšomis	40	53	35	19
3) Iš jų sergančių veneros ligomis	1	5	2	3
4) Sanitariniu automobiliu pervežta į ligonines	5	10	10	5
5) Dezinfekcija padaryta butuose	20	16	15	21
D K. M. S. vaistinėje receptų	752	958	746	893
III. Kūdikių, motinų ir plaučių ligonių sveikatos globojimas.				
A. *Ryano Ligoninės gimdymo skyrius, Šančiuose.*				
1) Gimdymų	30	29	28	27
2) Dienų išbūta	—	—	256	242
3) Miesto akušerės duota pagalbos (Gardino g. Nr. 59).	5	4	4	10
B. *Šančių Ryano Kūdikių ir Motinų Sveikatos globojimo Centras.*				
1) Apsilankymų centre	375	607	419	441
2) Apsilankymų namuose	43	39	26	—
3) Pieno duota iš „Pieno Lašo“ Draugijos litrų	864	703	840	860
C. *Paget Sveikatos Centras, Laisvės Al. Nr. 12.*				
1) Apsilankymų centre	398	226	521	465
2) Apsilankymų namuose	316	151	134	188
3) Pieno duota iš „Pieno Lašo“ D-jos litrų	689	694	676	1186

	Balandžio mėn.	Gegužės mėn.	Birželio mėn.	Liepos mėn.
D. *Aleksoto Sveikatos Centras, Gardino g. Nr. 59.*				
1) Apsilankymų centre	145	277	167	171
1) Apsilankymų namuose	130	23	2	64
3) Pieno duota iš „Pieno Lašo“ D-jos litrų	545	527	651	—
E. *Slabados Sveikatos Centras, Ariogalos g. Nr. 44.*				
1) Apsilankymų centre	147	231	254	295
2) Apsilankymų namuose	25	7	27	40
3) Pieno duota iš „Pieno Lašo“ D-jos litrų	505	403	465	303
F. *Plaučių ligonių Globojimo Centras. Laisvės Alėja Nr. 12.*				
1) Naujai užregistruota ligonių	—	—	—	50
2) Visų apsilankymų centre	—	—	—	101
3) Skreplių analizių	—	—	—	13
4) Senuoju tuberkulinu bandymų	—	—	—	10
5) Rentgeno peršvietimų	—	—	—	9
6) Seserų vizitų namuose	—	—	—	9
7) Atviros tuberkuliozės rasta pas	—	—	—	2
V. Miesto Valdybos šelpiamųjų įstaigų darbas.				
A. *Žydų „Oze“ Ambulatorija, Maironio g. Nr. 6.*				
Ligonių apsilankymų	845	1277	1002	823
B. *Žydų vaikų namai, Pilies g. Nr. 13.*				
1) Pirtyje išmaudyta vaikų	706	943	570	620
2) Ambulatorijos apsilankymų	320	431	190	214
3) „Favuso“ ambulatorijoj vizitų	16	20	30	13
4) Sveikatos Centre apsilankymų	158	291	303	218
5) Kūdikių Lopšely: a) vaikų	31	32	24	24
b) maitinimo dienų	930	992	720	744
C. *Kūdikių Gelbėjmo Draugija, Ožeškienės g. Nr. 17.*				
1) Vaikų buvo	—	—	225	114
D. *Pieno Lašo Draugija.*				
1) Pieno duota per 4 Sveikatos centrus litrų	2603	2327	2632	2876

× **Palangos kurorto** sezonas jau pasibaigė. Sveikatos D-to siųstas gydytojas — tvarkytojas jau sugrįžo Kaunan. Šio nuomonė, kad Palangos kurortas reikia išimti iš savivaldybės žinios ir atkreipti ypatingą dėmesį į kurhauzą, kurhauzo parką, vones ir į tas villas (jų esama 6), kurių savininkų gyvenamoji vieta nežinoma. Palangos kurortui tvarkyti reikalingas atskiras įstatymas.

× **Sveikatos Dep-to Sanitar. Skyriaus** birželio mėn. įregistruota susirgimų: šiltine 37 (mirė 2); dėmėt. šiltine 21 (mirė 3); dezinterija 10 (mirė 1); raupais 2; difteritu 17; influenca 164; kokliušu 45 (mirė 2); tymais 150 (mirė 2); rože 21; džiova 320 (mirė 10); trachoma 236; veneros ligomis 142 (lues'u 91, gonorrhea 45 ir ulcus molle 6). Odos ir veneros ligų ambulatorijose buvo apsilankymų 1091.

× **Sveikatos Depto Sanitar. skyriaus** liepos mėn. įregistruota susirgimų: dėmėt. šiltine 24; vid. šiltine 61 (mirė 2); skarlatina 25; difteritu 13; sibiro maru 2 (Biržų-Pasvalio apskr.); infliuenca 148; kokliušu 52 (mirė 2); tymais 226 (mirė 7); rože 21; džiova 331 (mirė 9); trachoma 147; veneros ligomis 92 (lues'u 37, gonorrhea 49 ir ulc. moll. 6). Odos ir veneros ligų ambulatorijose buvo apsilankymų 1043.

× **Gelžkelių Valdybos Sveikatos skyriaus** mėnesinės ligonių skaičiaus žinios už 1924 m. balandžio, gegužės, birželio ir liepos mėn.:

Ligų pavadinimas		Balandžio mėn.	Gegužės mėn	Birželio mėn.	Liepos mėu.	Iš-viso
Nelaimingi atsitikimai	lengvai sužeisti	119	124	79	85	407
	sunkiai „	6	8	3	1	15
Chirurgijos ligos		543	794	656	870	1863
Vidujinės ligos		845	1001	789	936	3571
Typhus exanthematicus		—	1	—	1	1
Typhus abdominalis		—	—	—	—	—
Typhus recurrens		—	—	—	—	—
Tuberculosis		12	14	11	13	50
Scarlatina		—	—	—	—	—
Rauplės		—	—	—	—	—
Kitos užkrečiam. ligos		7	6	12	13	38
Vaikų ligos		39	46	68	53	206
Akių ligos		86	79	94	104	363
Ausų ligos		24	52	36	37	149
Gerklės ligos		72	96	54	69	291
Odos ligos		65	52	38	47	202
Veneros ligos		12	16	17	19	64
Mirė		1	2	1	2	6
Gimė		15	12	6	9	42

× **Naujos akušerės.** Akušeres, išėjusias mokslą vokiečių okupacijos laiku ir užsieny, Sveikatos D tas verčia išklausyti papildomuosius akušerėms kursus prie Valst. Akuš. Kursų Kaune. Tokie kursai buvo suruošti 1923 m. — 1 mėnesio ir šiais 1924 m. — $1^{1}/_{2}$ mėnesio. Išklausiusioms kursus daromi egzaminai. Šių metų laidai rugsėjo mėn. 2 d. buvo sudaryti egzaminai, kuriuos išlaikė sekamos pilietės:

1) Fersterytė, 2) Ruseckaitė, 3) Gabrėnaitė, 4) Neverdauskaitė, 5) Neimontaitė, 6) Golombekienė ir 7) Sokratytė. Neišlaikė egzaminų viena. Kursų lektoriumi buvo D-ras J. Ciplijauskas. Be šitų, tą pačią dieną išlaikė egzaminus ir įgijo akušerės vardą 3 mokinės Valst. Akuš. Kursų 1924 m. laidos: 1) Markovičaitė, 2) Juozapavičaitė ir 3) Gabriūnaitė.

Kadangi norinčių klausyti papildomuosius akušerėms kursus šįmet buvo maža, tai Sv. D-tas daugiau panašių kursų mano nesteigti. Tos akušerės, kurios per praėjusius ir šiuos metus verčiamos egzaminų nelaikė, nustoja praktikos teisių ir jas įgyti galės, stodamos į Valst. Akuš. Kursų mokinių skaičių.

× V. Akušer. Kursai. Girdėt, kad kandidačių į Valst. Akušerijos Kursus yra jau apie 30. Manoma, kad vietos stokos dėliai visos šįmet negalės būti priimtos. Turint galvoj didelį akušerių Lietuvoj reikalingumą, ar nevertėtų kalbamus kursus praplatinti. Be to, kad išeitų geriau parengtos savo darbui akušerės, projektuojama mokslo laikas pratęsti iki 2 metų.

Nauji Gailest. seserų kursai prasidėsę nuo spalių mėn. 1 d.

Savivaldybių medicina.

× Limpamųjų ligų barakas. Panevėžio m. Taryba š. m. gegužės mėn. 12 d. posėdy nutarė pavesti Miesto Sanitarinei Komisijai paruošti sekančiam Tarybos posėdžiui įrengimo limpamųjų ligų barako prie Žydų ligoninės ir nuosavaus barako statymo klausimą. („Savivaldybė“ Nr. 6-7).

× Medicinos pagalba mokytojams. Šiaulių Miesto pradžios mokyklų mokytojams prašant, Miesto Taryba nutarė tiekti visiems miesto pradžios mokyklų mokytojams nemokamai medicinos pagalbą, kaip ir policijos tarnautojams. Be to, paskyrė 1.500 litų Mokytojų sanatorijai vasaros metu Palangoje įrengti. („Savivaldybė“ Nr. 6 7).

× Ežerėnų apsk. ligoninės Vedėjas skundžiasi Sveikatos D-ui, kad ligoninės tarnautojai jau VII mėnuo negauna algos (tuo tarpu apskr. V-bos tarnautojai jos negauną II mėnuo). Ligoninės užlaikymui nuo metų pradžios iš apskr. V-bos gauta vos 2.500 litų.

Klaidų atitaisymas.

D-ro L. Kagano straipsnyje **„Kovos su tuberkulozo organizacija Šveicarijoj“** („Medicina“ š. m. Nr. 5), p. 398 5 eilutėje iš viršaus po žodžio „penkmečius“ ir 6 eilutėje iš viršaus po žodžių „1906—1910 met.“ įdėti žodį „kasmet“.

D-ro G. Joffe straipsnyje **„Apie impetigonefritą“** („Medicina“ š. m. Nr. 2), p. 84, 12 eilutėje iš viršaus vietoje „Streptokokai“ turi būti „stafilokokai“.

Aukos.

Dr. A. M. Bacevičius, iš Elisabeth, N. J. . . . . . 50 Lt.

Dr. B. GOLACHO ir M. SUDARSKIO

RENTGENO- ir ELEKTROMEDICINOS KABINETAS

Kaunas, Laisvės Alėja Nr. 50 / Telefonas 1011

Peršvietimas, fotografavimas ir gydymas Rentgeno spinduliais (giliai ir odos terapijai su special. aparatais: „INTENSIV-Reform“ aparat. ir „IDEAL-R—aparat.). Diatermija; Elektrosšviesos vonios; Ultravioletiniai spinduliai (Höhensonnen — Kalnų saulė); Vierzellenbäder; D’Arsonval ir t. t.

◆

D-ro E. Rabinovičiaus

PRIVATINĖ LIGONINĖ

Kaunas, Keistučio g-vė Nr. 42, tel. 290.

◆

Gimdymo pagalba, moterų ligos ir chirurgija.

Ambulatoriniai ligoniai priimama nuo 11 iki 1 ir nuo 17 iki 19 val.
Stacionariai ligoniai ir gimdančios priimama kiekvienu laiku.

Jodfortan

Jodkalcio-šlapimo rūgštis

$CaJ_2[CO(NH_2)_2]_6$

**yra tai jodo preparatas
ant moksliško pagrindo!**

Kliniškai sėkmingai išmėgintas. Literatūra pareikalavus.

◆

Pirmenybės: Intensingas jodo veikimas (jodas nuo jodkalcio lengviau atskyla negu nuo jodkalio).

Gydo, bet nenuodyja (kalcis, kaip jodo antagonistas, apsaugoja nuo jodizmo).

Labai tinkamas jodo papildymas kalcio veikimu esant kalkių stokai prie nervų ir kaulų sistemų ir k. susirgimų.

Indikacijos: Lues. Arteriosclerosis. Asthma. Spasmophilia. Rachitis. Scrophuliosis ir k.

Kiekviena tabletė turi jodo 0,1 gr.

**Original. įpakavimas:
25 tabletės á 0,25 gr.**

**Dozavimas:
3 – 4 tabletės per dieną
prieš valgį.**

**Chemiškas fabrikas Arthur'o
Jaffé, Berlynas O. 27.**

BIOMALZ

p. p. gydytojų rekomenduojama kaipo naturalus, sustiprinąs vaistas: nervuotiems, sveikstantiems, mažakraujingiems, suliesėjusiems, gymdyvėms, penėtojoms ir seniams.

Nepamainoma vaikams!

Vartojimo būdas prie dėžučių.

Parsiduoda visose vaistinėse.

Centrinis sandėlis firmoje

„RABIVID“.

KAUNAS, Vilniaus g-vė Nr. 11, :-: tel. 215.

◆

Prof. Dr. Soxleths Nährzuker.

Prof. D-ro Soksleto maistas kūdikiams. Gryno krakmolo suirimo produktas, turįs savyje maltozos ir dekstrino lygiomis dalimis ir $1^{1}/_{4}\%$ sūdomosios druskos.

Vartojimo būdas prie dėžučių.

Atstovas Lietuvai

„Prekyba RABIVID“.

KAUNAS, Vilniaus g-vė Nr. 11, :-: tel. Nr. 215.

1. PERDYNAMIN (tam tikras Fe junginys su baltymu).
2. LECITHIN-PERDYNAMIN.
3. GUAJACOL-PERDYNAMIN.
4. ARSEN-PERDYNAMIN.
5. MALZ-PERDYNAMIN.
6. KALK-PERDYNAMIN.

Dažniausiai rekomenduojamieji ir vartojamieji visų kultūringųjų šalių gydytojų kaip malonaus skonio ir lengvai virškinamieji vaistai nuo: MAŽAKRAUJYSTĖS (anemijos), CHLOROZĖS, RACHITO, BENDRO NUSILPNĖJIMO, DIDELIO SULIESĖJIMO, NEURASTENIJOS, ISTERIJOS ir t.t.

Parduodama visose Lietuvos aptiekose.

Vyriausis sandėlis

Vaistų urmo prekyboje

„Rabivid“

KAUNAS, Didž. Vilniaus g-vė.
Nr. 11, tel. 215.

„Varpo“ B-vės spaustuvė, Kaunas, Laisvės Al. Nr. 60.